UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON I
U.E.R. MÉDECINE GRANGE - BLANCHE

Année 1972 n° 273

TITRE DE LA THÈSE

L'HOMME et L'INSTITUTION

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET A LA THÉRAPIE DU NARCISSISME, A PROPOS DE L'AGRESSIVITÉ

THÈSE

présentée

à l'Université Claude Bernard LYON I

et soutenue publiquement le 27 Novembre 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Pierre BACCARA

Ancien Externe des Hôpitaux de LYON

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

né le 12 Juillet 1942

à LYON 6e

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552611_0024

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON I
U.E.R. MÉDECINE GRANGE - BLANCHE

Année 1972 n° 273

TITRE DE LA THÈSE

L'HOMME et L'INSTITUTION

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET A LA THÉRAPIE DU NARCISSISME, A PROPOS DE L'AGRESSIVITÉ

THÈSE
présentée
à l'Université Claude Bernard LYON I
et soutenue publiquement le 27 Novembre 1972
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par

Jean-Pierre BACCARA
Ancien Externe des Hôpitaux de LYON
Interne des Hôpitaux Psychiatriques
né le 12 Juillet 1942
à LYON 6e

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

U.E.R. MEDICALE GRANGE- BLANCHE

8, Avenue Rockefeller - LYON 8ème

Président de l' Université : J.BOIDIN
Premier Vice-Président : R.TOURAINE

Secrétaire Général : P.IZAURE

Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université

MEDECINE : Grange-Blanche -Directeur : Professeur GERMAIN D.
Alexis-Carrel -Directeur : Professeur GIROD C.
Sud-Ouest -Directeur : Professeur TOLOT F.
Lyon-Nord -Directeur : Professeur BERTOYE A.

Biologie Humaine - Directeur : Docteur CZYBA R.(Maître de Conférences Agrégé)
Techniques de Réadaptation : Directeur : Professeur MOUNIER-KUHN P.
Sciences Pharmacentiques : Directeur : M.CARRAZ (Maître de Conférences Agré
Sciences Odontologiques : Directeur : Docteur VINCENT R.
Institut Régional d'Education Physique et Sportive - Directeur :Pr MILLON A.
Mathématiques - : Directeur : Doyen BRACONNIER
Physique : Directeur : Professeur DUFAY
Chimie et Biochimie : Directeur : Professeur GAUTHERON
Sciences de la Nature ; Directeur : Professeur DAVID L.
Biodynamique et Psychopédagogie : Directeur : Professeur FONTANGES R.
Institut Universitaire de Technologie n 1 -Directeur : Professeur POUYET B.
Institut Universitaire de Technologie n 2 -Directeur : Professeur GALLET J.
Observatoire : Directeur : Professeur BIGAY J.H
Physique Nucléaire : Directeur : Professeur SARAZIN A.
Mécanique : Directeur : Professeur MATHIEU J.

---***---

C O M P O S I T I O N du J U R Y

MM.	P.F. GIRARD (Président)	U.E.R.	SUD-OUEST
	J. GUYOTAT	U.E.R.	ALEXIS-CARREL
	C. LAPRAS	U:E.R.	SUD-OUEST
	G. AIMARD	U.E.R.	ALEXIS-CARREL
	J. PERRIN		
	D. VASSE		

A U X M I E N S ...

A U X A U T R E S ...

A MES JUGES ...

- *à Monsieur LE PROFESSEUR P.F. GIRARD .*
  Président de cette Thèse.
  Il m'a permis de concrétiser un lien avec ce qui de JANET m'a séduit.
  Je le remercie d'accepter La Présidence de ce Jury.

- *à Monsieur LE PROFESSEUR AGREGE J. GUYOTAT*
  Ses travaux sur la «Structure Dépressive » et sur la « Relation médecin-malade » ont largement contribué à ce travail.
  Je le remercie d'accepter de le juger.

- *à Monsieur LE PROFESSEUR AGREGE C. LAPRAS*
  Il apporte ici une présence doublement importante, celle d'un proche et celle d'un non-spécialiste en psychiatrie.
  Merci d'accepter de juger ce travail.

- *à Monsieur LE PROFESSEUR AGREGE G. AIMARD*
  Son point de vue médical me parait ici important.
  Je le remercie d'accepter de juger ce travail.

...

...

à - *Monsieur PERRIN, Médecin-Chef, Psychanalyste.*

Il est à l'origine de ce travail, sans en être le Maître.
Il a accepté que des vérités frustrantes soient dites.
Nous ne trouvons pas les mots pour lui exprimer notre gratitude.

- *Monsieur GAMBS, Médecin-Chef.*

Travailler dans son service est source d'enseignement et de plaisir.

- *Monsieur VASSE, Psychanalyste*

Ce travail lui doit beaucoup.

- *Monsieur DUBOR, Psychanalyste.*

Son enseignement est riche, sa présence agréable.

AUX MALADES

ET AUX INFIRMIERS DES SERVICES PERRIN ET GAMBS...

Ce sont eux qui m'ont le plus appris...

- S O M M A I R E -

INTRODUCTION

IERE PARTIE : - APPROCHE THEORIQUE - Des Modèles et de l'Institution

Chapitre I - Le Modèle médical

. Médecine et Maladie

. Le Moule médical

. Relation médecin-malade dans le modèle médical

. Maladie mentale et médecine psychiatrique

. Médicament psychotrope et médecine psychiatriqu

Chapitre II - Le Modèle psychanalytique

. La dépression

. Les anti-dépresseurs

Chapitre III - Le Modèle sociologique

Chapitre IV - L'Institution

. Le soigné

. Le soignant

IIEME PARTIE : - APPROCHE PRATIQUE - Le cas de M. SC... J.

Chapitre I - Une rencontre

Chapitre II - Une tentative de soins

Chapitre III - Prolongements

CONCLUSIONS

LA DENOMINATION SYMBOLIQUE DE L'ESPECE HUMAINE SEMBLE DERIVER DU RITE FUNERAIRE (S'IL EST VRAI QUE LE MOT HOMME DERIVE DE HUMUS) COMME RITE SPECIFIQUE DE L'HOMME PAR RAPPORT AUX AUTRES ESPECES ANIMALES : CELUI DE L'INHUMATION.

Franco FORNARI.

LA FOLIE, C'EST LE DEJA LA DE LA MORT.

Michel FOUCAULT.

LA CONSCIENCE EST LA CONSEQUENCE DU RENONCEMENT AUX PULSIONS.

Sigmund FREUD.

AUSSI LE MAL EST-IL ORIGINELLEMENT CE POURQUOI ON EST MENACE D'ETRE PRIVE D'AMOUR.

Sigmund FREUD.

PARLER, POUR L'HOMME, C'EST DENIER LA MORT EN TENTANT DE FAIRE ADVENIR LA VIE AU LIEU MEME OU LA MORT SE MANIFESTE : DANS LE CORPS.

Denis VASSE.

CHEZ L'HOMME " AFFRANCHI " DE LA SOCIETE MODERNE, VOICI QUE CE DECHIREMENT REVELE JUSQU'AU FOND DE L'ETRE SA FORMIDABLE LEZARDE. C'EST LA NEVROSE D'AUTO-PUNITION, AVEC LES SYMPTOMES HYSTERICO-HYPOCONDRIAQUES DE SES INHIBITIONS FONCTIONNELLES, AVEC LES FORMES PSYCHASTHENIQUES DE SES DEREALISATIONS DE L'AUTRUI ET DU MONDE, AVEC SES SEQUENCES SOCIALES D'ECHEC ET DE CRIME.

Jacques LACAN.

INTRODUCTION

Je tenterai de procéder ici de telle manière que la spécificité des problèmes envisagés renvoit au sujet proposé.

J'espère ainsi ouvrir le débat avec la conclusion.

Cet exposé sera présenté en chapitres, classification destinée à mettre en relief ce qui du texte s'y dérobe.

Admettre la mise en ordre opérée par le principe Civilisation et les modèles qu'il se donne, est aussi accepter que le texte agresse, déséquilibre et se dérobe à l'ordonnancement de sa présentation.

A y regarder de plus près, c'est remarquer que le mouvement de la vie ne peut se réduire à l'idée que l'homme en a et aux systèmes où il tente de l'enfermer ou de le libérer.

La tentative consiste à repérer ce qui, de la rencontre de modèles théoriques à la praxis (1), permet l'émergence d'un sens saisissable parce que libéré ici et maintenant.

(1) Praxis : vie réelle -pratique sociale.

I ERE PARTIE

- APPROCHE THEORIQUE -

DES MODELES ET DE L'INSTITUTION.

CHAPITRE I - LE MODELE MEDICAL-

MEDECINE ET MALADIE.-

Si l'on se réfère au dictionnaire contemporain, la médecine est une science , un savoir , une connaissance exacte et raisonnée de la maladie.

La maladie est une altération dans la santé, dans l'équilibre des êtres vivants.

La médecine se définit donc comme la connaissance exacte d'une chose déterminée : l'altération dans l'ordre, l'équilibre que représente la santé.

Ce modèle est celui d'une science, d'un savoir qui a pour but la conservation ou le rétablissement de la santé. En pratique il est celui d'un savoir-pouvoir lutter préventivement ou curativement contre l'altération de la santé que représente la maladie.

La médecine et la maladie se trouvent ainsi être deux entités qui se renvoient leur définition. L'entité morbide définit l'entité médicale qui définit à son tour l'entité morbide, ou encore, quelque chose dépend de quelque chose, le savoir est lié à l'altération qui dépend de ce savoir.

Le savoir et le pouvoir techniques sont ainsi mis au service de la civilisation pour combattre, grâce à l'arsenal thérapeutique, une altération de l'ordre biologique.

Dans le mythe, la verge d'or jetée par Mercure au milieu des serpents enlacés, y provoqua une union si intime qu'ils ne purent plus être séparés.

...

Depuis, le caducée est le symbole de l'ordre médical, concorde et dons médicaux opposés à la discorde et à la séparation. Médecine et maladie étroitement liées vont dès lors s'affronter.

La médecine procède au niveau biologique comme la morale (1) au niveau culturel.

L'équilibre biologique représente le bien, l'ordre naturel, la santé.

L'altération et le désordre biologique s'apparentent au mal. Le mot "malade" : male habitus signifiant : mal disposé.

Dans cette opposition Santé-Maladie, superposable à l'opposition Bien-Mal, la médecine prend parti, elle s'oppose à la maladie au nom de la santé perdue, comme la morale (1) s'oppose au mal au nom du bien perdu.

L'attitude comparable à ce niveau de ces deux sciences, permet de les qualifier de manichéennes (2) quant au but assigné et aux moyens pratiqués pour y parvenir.

La médecine mène un combat contre les germes de destruction matériels, la morale contre les germes de destruction culturels.

La prise de position médicale pour la santé, son action hygiéniste et curative tournées contre la maladie dans le cadre d'un système de valeurs opposées, ne peut que renforcer une pratique inconditionnelle au service de l'idéologie-santé.

Le droit à la santé renforce (théoriquement) le devoir de soigner. L' Idéologie Santé sous-tend le modèle médical.

...

(1) Morale : science qui enseigne les règles à suivre pour faire le bien et éviter le mal.

(2) Manichéenne : adjectif désignant toute doctrine fondée sur les deux principes opposés du bien et du mal.

L'ordre médical et son savoir-pouvoir technique, organisent et animent quotidiennement la lutte contre l'altération en l'autre, contre la mort de l'autre.

La culture médicale au service de l'idéologie santé, connaît la maladie, la définit et la combat.

L'ordre (1) médical et son savoir-pouvoir au service de l'ordre social contre le désordre biologique, tel est le mandat, la mission, la justification et la motivation de la profession médicale.

La médecine est une entité structurée, définie, organisée pour le combat contre l'entité morbide.

Le corps médical peut ainsi être comparé à d'autres corps constitués tels, par exemple, l'Eglise, l'Armée ou l'Administration.

LE MOULE MEDICAL.-

L'Etudiant en médecine se trouve très vite confronté à une double réalité.

Un savoir est acquis sur le corps humain en même temps qu'un pouvoir, par identification au corps médical.

. LE SAVOIR MEDICAL OCCIDENTAL.

C'est le triomphe de l'organicité et de la technicité.

L'altération se nomme dans le corps de l'autre, elle communique :

- dans le discours, traduisant en signes le malaise subjectif,

...

(1) S.FREUD : Malaise dans la civilisation : p 41 P.U.F.
"L'ordre est une sorte de contrainte à la répétition"

- dans l'examen, où s'observe objectivement le signe témoin direct ou indirect de l'altération.

Au registre du savoir médical, le signe ou symptôme renvoit d'une manière univoque à l'organicité pathologique en l'autre, à son invalidation ou à sa mort. On sait à ce sujet les différents symptômes présentés à titre identificatoire par les étudiants en médecine.

Ainsi, le savoir écoute-t-il, identifie-t-il, symbolise-t-il l'altération, la transformant par les représentations qu'il s'en donne en un discours qui lui est propre.

L'échec qui ne manque pas de pointer ici ou là renvoit au manque à savoir qui cherche à combler ce manque.

Pour la médecine, il n'est de discours possible que dans l'altération passée, présente et future, le bien-fondé de l'agression médicale en dépend.

LE POUVOIR MEDICAL OCCIDENTAL.

Au sommet, les professeurs, les patrons dépositaires du savoir, de la tradition et du pouvoir.

A la base, les malades, dépositaires de la maladie.

Entre la base et le sommet, entre la maladie et la santé, tous les degrés, tous les grades de compétences, de fonctions, de responsabilité.

Plus la masse soignante est compétente, plus elle doit s'identifier au patron et, à travers lui, à l'éthique médicale.

Le mal est là, plus je sais le mal, plus je peux le combattre et plus je dois me rapprocher de l'état de patron pour pouvoir le faire.

...

Le professeur reste la seule image possible d'un savoir-pouvoir univoque en face de la mort, c'est à dire de l'impensable, de l'innommable.

La Civilisation (1), ses cultes, règles, sciences, arts, ne sont-ils pas avant tout une organisation contre la mort ?

L'organisation hiérarchique semble la seule modalité connue, le seul modèle possible de réassurance dans la connaissance et la lutte contre l'agression biologique.

La matrice médicale paraît-être le lieu de fécondation puis d'éducation, d'instruction d'hommes armés par la science et la culture pour combattre l'agression. L'Entreprise est guerrière, l'acte médical étant répressif (2) par définition. Dans ce sens, le voyeurisme du radiologue ou du dermatologue, l'exhibitionisme du conférencier, l'obsessionalité de l'histologiste ou du chercheur, le sadisme du chirurgien, la manie du généraliste, son sixième sens, sont parfaitement adaptés à leur objet et à leur rôle.

L'aspect univoque, manichéen auquel renvoit l'engagement médical, représente en même temps que son efficacité, les limites que lui imposent son idéologie et son organisation.

Comme ils clivent une tumeur, l'agressent, le chirurgien et le cancérologue réparent le sujet malade en restaurant l'idéologie santé.

Un questionnement au niveau de l'Idéologie elle-même et de l'organisation qui la sous-tend, est vécu comme une remise en cause de Soi (3) à travers l'idéal du Moi (4), apparemment il reste sans objet.

Le mal, dans le modèle et la motivation médicale, reste extérieur, ennemi, étranger à l'homme. Le Savoir et le pouvoir médical sont au contraire assimilés, identifiés à ce qui est sain.

...

(1) FREUD : Malaise dans la civilisation. P.37
(2) Répressif : arrêt de la progression de la maladie
(3) Soi : cf Bela Grunberger. Le narcissisme . Payot P.33 Pour cet auteur le Soi est le facteur Narcissique.
(4) Idéal du Moi : ici l'Idéologie santé.

Devant cet aspect univoque, a-dialectique du modèle et des motivations auxquelles il renvoit, il est possible de parler d'aliénation sociale (1) inhérente à la profession médicale.

RELATION MEDECIN - MALADE DANS LE MODELE MEDICAL.-

Si le Médecin, selon Larousse, est celui qui exerce la médecine, le malade est celui qui éprouve quelque altération de sa santé.

Médecin et malade sont donc deux personnes, l'une agissant une connaissance dans l'ordre de la santé, l'autre agie par une altération de ce même ordre.

Le médecin agit, prescrit, ordonne, restreint, intervient, institue ; le malade souffre, subit, supporte et suit.

A l'engagement et à l'activité médicale correspondent le désengagement et la passivité du malade? Une personne dépend d'une autre.

Pour le médecin, le malade est essentiellement parlé par l'ordre biologique troublé.

Pour le malade, le médecin parle un savoir dans l'ordre de la Santé et agit ce savoir par la thérapeutique.

La relation médecin - malade n'a donc rien d'un dialogue entre deux personnes, elle s'apparente à un discours particulier qu'un savoir-pouvoir tient sur une altération.

Que le Savoir - pouvoir ou l'altération viennent à manquer, voici deux personnes, l'une sans modèle, l'autre sans altération.

...

(1) Pour la compréhension de ce terme, voir chapitres suivants.

Là, " L'épouvantail effrayant que notre système actuel de formation a si bien réussi à implanter dans l'esprit de tout médecin..." (1) renvoit au spectre toujours présent de la négligence du processus organique.

L'autorité, l'ordre, la responsabilité continuent leur action sur le médecin alors que l'altération ou manque le savoir - pouvoir.

" La méthode actuellement mise en pratique pour vaincre ce fantôme et avec lui la responsabilité des "réponses" faites, responsabilité qui, sans être entièrement admise est néanmoins pleinement ressentie, c'est de diluer les responsabilités par la "collusion de l'anonymat" et la "perpétuation de la relation maître-élève" " (2)

Ce que le modèle n'apprend pas, ce qui angoisse, est renvoyé verticalement au dépositaire du savoir, à celui qui est sensé savoir.

Ici le modèle médical est mis en échec dans la mesure où le questionnement dont il est l'objet se heurte à ses limites propres.

MALADIE MENTALE ET MEDECINE PSYCHIATRIQUE.-

La rencontre n'est pas récente (3), elle remonte à la fin du XVIIIème siècle, bien avant elle, la rencontre de la folie et de la raison.

Pascal dit : "Les hommes sont si nécessairement fous que ce serait être fou par un autre tour de folie de n'être pas fou."

" L'internement est une création institutionnelle propre au XVIIème siècle... Comme mesure économique et précaution sociale, il a valeur d'invention. " (4)

...

(1) M.BALINT. Le médecin son malade et la maladie. P.305; P.B.P
(2) M.BALINT. op. cité P.305
(3) Y.PELICIER : Histoire de la Psychiatrie -P.U.F.
(4) M.FOUCAULT : Histoire de la folie P.80 -

"Ce n'est pas comme savant que l'homo médicus prend autorité dans l'asile, mais comme sage" (1)Ailleurs, Michel FOUCAULT parle de l'homo médicus convoqué dans le monde de l'internement comme gardien pour protéger les autres du danger confus qui transpirait à travers les murs de l'internement. Selon l'auteur, ses pouvoirs sont d'ordre moral et social. Ceux-ci prennent racine dans la minorité du fou, dans l'aliénation (X) de sa personne, non de son esprit. "... Si la psychiatrie nait avec l'entrée de PINEL à Bicêtre, elle oublie en naissant la nature son objet : la folie sans sa dimension sociale, va devenir la maladie mentale, étrange produit de l'union d'une médecine scientifique qui, sur sa lancée anatomo-pathologique, réduit le monde de la folie à la maladie et du médecin philosophe qui tente d'exorciser la folie en voulant en faire la maladie mentale " (3)

C'est ainsi que de PINEL à EY, la psychiatrie va s'employer sur le modèle médical à classer, à inventorier, décrire, objectiver, déduire et expliquer la maladie mentale.

JANET, à la fin du siècle dernier, contemporain de FREUD, fait partie de cette lignée scientifique, mais il est tout autant philosophe. C'est peut-être à ce titre qu'il rangera Jean-Jacques ROUSSEAU dans l'entité clinique qu'il dégage.

LA PSYCHASTHENIE DE JANET.

Sous le titre : "Les obsessions et la psychasthénie" (4), JANET rassemble au début du siècle, de nombreuses maladies et symptômes jusque là disparates.

La neurasthénie, la névropathie cérébro-cardiaque, la phrénasthénie, la folie lucide, la folie du doute, le délire du contact, la rumination mentale, la pensée magique viennent prendre place, avec les obsessions, les impulsions, les tics, les agitations, les phobies, les angoisses, les scrupules, les sentiments d'étrangeté et de dépersonnalisation, d'incom-

...

(1) Michel FOUCAULT : Op. cité P.282
(2) ~~(3) - Y.PELICIER : Histoire de la Psychiatrie P.U.F.~~
(3) R. Colisson : Sens de la folie et pulsion de mort. Thèse Pie. BESANÇON
(4) P. JANET : Les obsessions et la psychasthenie. Tomes I et II. ALCAN. 1903.

plétude, les hallucinations symboliques, dans une grande psycho-névrose qu'il dit être sur le modèle de l'épilepsie et de l'hystérie.

" ... Ces malades n'arrivent jamais ni à croire complétement , ni à nier complètement leur délire. Ils restent dans un état intermédiaire rempli de contradictions..." (1)

" ... Ils ne savent ni lutter, ni se défendre contre ceux qui les dépouillent et les tourmentent." (2)

" ... Cette impuissance à agir devant les hommes, cette aboulie sociale me parait constituer l'essentiel de la timidité..." (3)

Janet tente alors de comprendre et d'expliquer la maladie.

A la tête de la hiérarchie des phénomènes psychologiques, il place ce qu'il nomme : "La fonction du réel" qu'il explicite comme : "Cette attention à la vie présente" (4)

" ... Ce qui nous détermine à placer au premier rang dans cette hiérarchie l'action volontaire qui modifie réellement le monde donné, c'est que nous avons vu cette action constamment troublée chez bien des malades et dès le début." (5)

A la fonction du réel se rattache aussi la perception de notre propre personne et de notre limite ainsi que la constitution du temps.

Le raisonnement, l'introspection psychologique est une conséquence de la faiblesse de l'esprit. Par contre, l'observation psychologique objective est extrèmement difficile. L'angoisse restant la plus élémentaire des opérations mentales, derrière le rêve et l'émotion que leur automatisme rend inférieur.

...

(1)Op.cité p.98
(2) Op.cité p.342
(3) Op.cité p.345
(4) Op.cité p;477
(5) Op.cité p.478

La cause de la psychasthénie est ramenée à une baisse de la tension psychologique, c'est à dire de la volonté (1). Cette cause est organique. "... Ainsi que BALL le disait très bien : "La répétition des mêmes questions et des mêmes pensées tient à un phénomène organique..." "(2)

"... L'obsession, l'idée d'être poussé au crime ou l'idée d'être fou, est une sorte d'explication que le malade aime à se donner à lui-même des troubles pénibles qu'il éprouve..." (3)

Ce phénomène organique est pour JANET un trouble dynamique, une insuffisance de la force fournie à l'organe. (4) JANET et EY sont ici étroitement liés par leurs oppositions réciproques.

JANET, bien qu'aliéné par l'idéologie médicale de son temps, a le premier su dégager les traits de la personnalité obsessionnelle et certaines caractéristiques du fonctionnement de l'appareil psychique que ne peuvent contredire les psychanalystes qui s'intéressent à la psychose. Psychologue, il établira avec nombre de ses malades des relations suivies que relatent ses nombreuses observations cliniques. Il préconise une attitude ferme et autoritaire avec ces malades. On parlerait aujourd'hui de psychothérapie de soutien très directive.

"... Très souvent la première ordonnance du médecin doit être que la fille ne peut pas vivre avec la mère" (5)

"... Cette profession singulière a d'abord et tout naturellement été exercée par les prêtres des différentes religions. Les prêtres ont connu la maladie du scrupule bien avant les médecins et la confession régulière semble avoir été inventée par un aliéniste de génie qui voulait traiter les obsédés..."(6)

JANET débouche sur une rééducation de l'émotion par l'effort.

...

(1) volonté : faculté de se déterminer à certains actes (au sens figuré ce terme renvoit à la morale : bonne volonté, mauvaise volonté). Note personnelle.
(2) Op. cité P.596
(3) Op. cité P.597
(4) Op. cité P.604
(5) Op. cité P.701
(6) Op. cité P.707

"... Il faut amener le sujet à faire des efforts physiques ou moraux quelconques en dehors du sujet ordinaire de leurs méditations..." (1) Cette position est voisine de celle qu'actuellement le professeur GIRARD adopte avec ces personnes.

LA PSYCHASTHENIE AUJOURD'HUI.

Le concept a vieilli, la psychanalyse ayant déplacé l'intérêt sur névrose obsessionnelle et psychose d'une part, sur la compréhension des phénomènes psychiques d'autre part.

On trouve encore le terme dans d'anciennes observations cliniques. Il désigne certains états anxieux, apathiques, abouliques, chroniques, hypocondriaques ou pseudo-délirants, pseudo-mélancoliques.

On est alors tenté de rapprocher Psychasthénie et Schizophrénie.

Cependant, les auteurs français ne confondent pas l'une et l'autre.

La Psychasthénie est souvent mentionnée dans les traités abordant la névrose obsessionnelle, comme personnalité de base. Dans tous les cas, la Psychasthénie n'est plus considérée comme une entité nosographique, mais comme un syndrome ne présumant pas de la structure du sujet.

Une tentative d'actualisation m'est apparue intéressante. Les éclairages analytiques, sociologiques et institutionnels, l'apport chimiothérapique modifient sensiblement la compréhension des données.

Au premier plan, l'aspect dépressif, implicitement reconnu par JANET en ce que ~~concerne~~ la psychasthénie s'origine de la neurasthénie, les positions de doute, d'incomplétude, d'aboulie, d'apathie, de passivité, de baisse de la tension psychologique, de diminution de la volonté, connotent aussi cette manière d'être au monde.

...

(1) Op. cité P. 716

Aux névroses actuelles (1) , je pense devoir rattachér la psychasthénie qui joint à un état dépressif, les traits de la personnalité obsessionnelle.

Le rapprochement de ces deux concepts me parait devoir les éclairer réciproquement et, déplaçant le problème de la symptomatologie à celui de la structure, devoir situer la psychasthénie dans un conteste nosographique qui pointe son originalité pathogénique et structurale.

En d'autres termes, est-il possible de concevoir une manière d'être au monde qui, pour comporter des éléments dépressifs, une personnalité obsessionnelle, ne se confonde ni avec les névroses de transfert ni avec les psychoses et cependant comprenne des points communs avec elles.

A ce sujet, FREUD, contrairement à JANET, isole à la même époque la névrose d'angoisse qu'il rattache aux névroses actuelles à côté de la neurasthénie, des névroses traumatiques et, plus tard, hypocondriaques.

Pour JANET, la crise d'angoisse prend place à côté des crises d'agitation forcée, de rumination, ou de crises neuro-végétatives. Il s'agit de dérivations de l'énergie, incapable d'atteindre les niveaux de haute tension psychologique.

Les premières théories pathogéniques de FREUD concernant les névroses actuelles, ne sont pas très éloignées de celles de JANET.

L'Energie, ici libidinale, par manque (masturbation de la neurasthénie) ou excès (interruption du coït de la névrose d'angoisse) (2), est troublée.

Il s'agit bien dans les deux cas d'un trouble de l'énergie et de son utilisation.

Mais JANET s'en tient à l'altération de cette énergie dont l'insuffisance est organique.

...

(1) névroses actuelles : R.MIROUZE .E.M.C.-5-1967-37.330 A10 . Pour cet auteur, les névroses actuelles comprennent :neurasthénie,névrose d'angoisse, hypocondrie, névrose traumatique.
(2) R.MIROUZE Op cité. Introduction.

FREUD, au contraire, en une transgression de l'ordre médical, par sa pratique et ses théories analytiques va suivre le cheminement de cette énergie et découvrir l'appareil psychique.

La répétition que JANET envisage comme un phénomène organique, c'est à dire pathologique en soi, devient chez FREUD une des composantes fondamentales du psychisme "normal".

FREUD "établira" cependant très nettement dans toute son oeuvre une distinction entre névroses actuelles et névroses de transfert (1).

Dans le cas des névroses actuelles, par exemple, la réaction d'angoisse se produit automatiquement, dans le cas des névroses de transfert, c'est le Moi qui donne le signal d'angoisse en vue de l'inhibition.

Pour FREUD, il y a entre ces deux types de névroses la différence qu'il y a entre un Moi structuré, qui se défend, et un Moi inorganisé, inopérant voire inexistant. (2)

MEDICAMENT PSYCHOTROPE ET MEDECINE PSYCHIATRIQUE .-

L'utilisation des psychotropes en psychatrie remonte au début de la deuxième moitié du XXème siècle.

Leur apparition dans les collectifs soignants semble avoir modifié sensiblement l'asile qui est ainsi devenu hôpital psychiatrique. Qu'est-ce à dire ?

La folie est-elle plus que jamais une maladie organique, que la science biochimique va guérir ?

...

(1) S.FREUD : inhibition, symptômes et angoisse - P.U.F. P.65

(2) Cette opposition n'est en fait pas aussi schématique. Dans le cas de la psycho-névrose obsessionnelle, FREUD parle de retour du refoulé et d'échec du refoulement.

Le médicament renforce-t-il le sage pouvoir du psychiatre qui peut ainsi, désangoissé, quantifier ces résultats en fonction des critères publicitaires ?

La réponse me parait tout autre. Actuellement, médicalement parlant on attribue aux neuroleptiques des propriétés sédatives si leur action est à prédominance hypnogène, incisives s'ils sont anti-psychotiques.

D'une manière générale les neuroleptiques sont utilisés lorsque le médecin ou le collectif soignant (quand il existe) perçoivent l'autre, le soigné comme agressif (1) vis-à-vis des objets ou des sujets qui l'entourent.

(2)

Cette position est généralement perçue par le médecin comme une demande d'aide plus ou moins explicite et lorsqu'il ne répond pas par l'électro-choc, il utilise les anti-dépresseurs.

Ces deux modalités de réponses sont très voisines. Dans la première, le médecin affirme explicitement sa présence agressive, dans la seconde il l'affirme implicitement par une thérapeutique anti-auto-agressive.

Dans les cas en mal de codification, les prescriptions se diversifient au gré des médecins qui les utilisent. De l'effet biochimique proprement dit nous ne retiendrons des neuroleptiques que les actions hypnogènes et stémétiliennes, des anti-dépresseurs leur action d'intensification de la vigilance.

...

(1) Agresser : attaquer.

(2) Tout : A l'inverse, les antidépresseurs sont utilisés lorsque le sujet est perçu comme agressif vis-à-vis de lui-même. Le sujet est l'objet de sa propre agressivité.

APITRE II - LE MODELE PSYCHANALYTIQUE.

La découverte de l'appareil psychique, de ses modalités de fonctionnement, a permis de sortir partiellement de l'impasse où nous confinait le modèle médical.

L'Introduction à elle seule, dans les collectifs soignants, d'une autre manière de comprendre, à commencer par soi-même, justifierait suffisamment son intérêt.

En outre, la psychanalyse a permis un repérage psycho-génétique de la pathogénicité psychique en élucidant les modalités de développement de la sphère affectivo-corporelle de l'enfant en situation.

Cependant, réintroduisant une nouvelle nosographie de type structural (névroses - états limites - psychoses), elle en vient à envisager la psychose selon des modalités très proches du modèle médical.

Les termes de faiblesse, de morcellement ou d'inorganisation du Moi, de défaillance des mécanismes de défense induisent à nouveau à envisager la psychose comme une altération fixée, masquant ainsi le dynamisme qui la sous-tend.

La psychanalyse risque de réduire l'homme à la connaissance qu'elle en a quand elle n'envisage les problèmes de l'homme en situation que comme inadéquation, défaillance de l'appareil psychique d'une personne dont les problèmes concrets seraient réductibles à son trouble.Là encore, l'expérience pratique du travail à l'hôpital psychiatrique, nous montre que le problème n'est pas aussi simple.

Les tentatives de colmatage, de restauration des défenses, de réadaptation à la "norme" du malade mental, sont autant de tentatives de replâtrage du narcissisme soignant .

...

La psychanalyse enfin, ne donne que peut de renseignements sur ce qui, dans les mécanismes d'internement ou d'exclusion, revient à celui qui interne ou qui exclut.

LA DEPRESSION.

Quelle soit de structure "névrotique" ou "psychotique", elle se caractériserait par un retrait d'investissement objectal avec renforcement de la libido narcissique.

Dans le premier cas elle resterait ouverte surle monde, l'expérience responsable de la fixation se serait passée pendant la phase génitale et non dans une phase narcissique comme cela parait être le cas dans la mélancolie selon J.MALLET (1).

A la perte d'objet du mélancolique répondent la perte de l'estime de soi du déprimé, les auto-tourments de l'obsessionnel.

La dépression s'inscrit ici comme une perte, un manque, une absence.

Cette béance du sujet, cette faille de son intégrité narcissique que les organo-dynamistes nomment : structure négative, altération de la structure de la conscience, est envisagée par les analystes comme faillite des systèmes de défense, comme sidération du Moi, faiblesse spécifique du Moi, déficit narcissique originel(2) ou échec du système projectif.

Bela GRUNBERGER s'écarte de la vision analytique classique notamment en ce qui concerne le problème du renforcement de la libidonarcissique. Il montre qu'au contraire, le déprimé a constamment besoin d'apport narcissique externe.

Il situe le problème au niveau d' "Un conflit permanent entre le Moi et l'idéal du Moi du déprimé " (3).

...

(1) La dépression Névrotique.J.MALLET - Symposium sur les états depressifs. 1954. L'évolution psychiatrique 1955. Fascicule III.
(2) Bela GRUNBERGER.Le Narcissisme. Etude sur la dépression P.255 à 279 PAYOT.
(3) OP. cité P.268

L'instance narcissique se retourne contre le Moi du sujet comme il a manqué originellement de la valorisation et de la confirmation narcissiques indispensables au Moi dans sa rencontre avec l'objet.

Cet auteur envisage donc la dépression en privilégiant l'instance narcissique, dont la blessure (carence d'apport narcissique de la mère) (1) et les tentatives du sujet pour la colmater (projection sur l'image phallique) viennent sidérer le Moi.

Bien que ne suivant pas exactement ce mode d'approche dans ma démarche, je retiens de cet auteur l'aspect dynamique dont il rend compte, derrière le masque figé de la dépression. Je retiens aussi la relation étroite qu'il établit entre la carence d'apport narcissique de la mère et la position d'échec inévitable où se situera le sujet à rechercher inlassablement cette confirmation manquante (2).

D'une manière générale, je dirais que tout se passe comme si le sujet ne pouvait utiliser le potentiel libidinal dont il dispose que s'il vit affectivement dans le désir de ses géniteurs. La place qu'il y tient, la qualité fantasmatique que cette place occupe, détermine pour une part importante ce que seront la relation primaire (mère - père - enfant) et plus tard la triangulation.

Parallèlement, il paraît important pour éclairer les mécanismes de la dépression de préciser le dynamisme pulsionnel dont est porteur l'enfant.

Après Abraham, Mélanie Klein et son école, précise qu'à l'incorporation orale d'abord confuse du nourrisson, succède l'ambivalence fondamentale du rapport que l'enfant établit avec l'objet qui, pour être bon est dévoré, détruit.

Cette phase, correspond pour Mélanie KLEIN à "l'anxiété persécutoire" dont l'enfant se défend par la projection et l'expulsion du mauvais objet

...

(1) OP. cité P. 270

(2) OP. cité P. 270

incorporé. Dans une deuxième phase, dite "d'anxiété dépressive", le sujet craint que son attitude d'incorporation agressive n'ait détruit l'objet, d'où un sentiment de culpabilité et sa tentative de restaurer l'objet (1).

Ce sentiment de culpabilité donnant naissance "à la crainte de dépendre de la personne aimée que l'enfant a peur de perdre..." (2) stimule son indépendance et élargit ainsi le champ de ses intérêts.

Nous pouvons maintenant tenter d'articuler ces deux courants d'idées avec la théorie duelle des pulsions.

On peut dire que le Moi du déprimé agressif contre l'objet qui l'a frustré (la mère) et vis-à-vis duquel il se sent coupable comme ayant réagi agressivement à cet abandon, ne s'accorde pas la "satisfaction hallucinatoire" que constituerait la restauration par le moi des qualités de l'objet. La maturation narcissiquement structurante pour le sujet du travail de deuil, n'a pas lieu.

Les pulsions agressives désintriquées des pulsions libidinales, dominent la vie pulsionnelle du sujet. Les mécanismes de frustration-agressivité-culpabilité aboutissent avec le désinvestissement objectal, le réinvestissement narcissique régressé (3), à l'identification introjective narcissique qui procure encore au sujet une "satisfaction hallucinatoire" mais cette fois sadique dans la mesure où le sujet trouve son plaisir dans la souffrance de la partie du Moi identifiée à l'objet perdu.

...

(1) Mélanie KLEIN : A contribution to the psychogénésis of Maniaco-depressive states. P. 282-310 in contribution to psycho-analysis.
(2) Mélanie KLEIN-Joan RIVIERE : L'Amour et la haine. P. 147 P.B.P.
(3) Si nous suivions Bela GRUNBERGER, nous placerions au premier plan le narcissisme régressé, dépendant de son idéal du Moi et rentrant en conflit permanent avec le Moi. Cette manière de voir, ne vient selon moi aucunement infirmer le phénomène de désintrication pulsionnelle au profit des pulsions agressives.

Il nous faut maintenant avancer des hypothèses et, avant cela, définir deux termes contenus en un seul mot : manque - Manque (1).

Le manque :
- - - - -

- Le Larousse traduit : Absence. Nous garderons ici cette définition.

- Il signifiera avec GRUNBERGER, faille, béance de l'intégrité narcissique.- castration narcissique, c'est à dire morcellement.

- Avec André GREEN (2), non-objet.

- Par extension, il aura le sens : absence d'objet, sans objet
absence de présence -
absence d'apport narcissique.

Le Manque :
- - - - - -

- Absence de l'objet avec DUBOR (3) ou Absence de relation avec l'objet (4) frustration pulsionnelle inhérente à l'objet et contraignant le sujet à le recréer hallucinatoirement.
- Castration pulsionnelle renvoyant à la castration symbolique, à la différence et aux sens.

- Avec Serge LECLAIR (5) : Différence, défaut, écart, séparation.

- Il aura également le sens de présence-absente.

Dans le premier cas, le manque (ou manque du Manque) renvoit le désir à une castration narcissique bloquant la structuration du sujet. Le sujet y perçoit son désir comme dangereux car pouvant entraîner une castration pour lui réelle.

...

(1) Pour la compréhension ultérieure, nous utiliserons ce mot avec m - M (Majuscule) ou m - m (minuscule) en fonction du sens double que je lui attribue.
(2) A. GREEN : Répétition, différence, replication. P.491 R.F.P. 3.Tome 34 Tome XXXIV - Mai 70 -Répétition et Instinct de Mort.
(3) P.DUBOR.: Conférence sur agressivité, contrainte et structuration du Moi. Le 3.5.72
(4) P.DUBOR : Dissociation de l'économique et du sens chez le psychotique. P. 1066. Colloque sur les psychoses. R.F.P. 5 - 6 . Tome XXXV -Septembre Décembre 1971.
(5) S.LECLAIR : Les effets de la Psychanalyse.Conférence le 19.5.71.

Dans le deuxième cas, le Manque permet au contraire la structuration du sujet en ce qu'il articule le désir à la loi et au sens.

" ... Ce Manque en nous délivre de la nécessité d'une présence "objective", matérielle, celle que réclame le besoin. Le désir est débarrassé vis-à-vis de son objet de la coalescence qui englue le besoin dans le sien. Son royaume est la différence..." (1)

D'une part, nous savons que le mécanisme Frustration-agressivité-culpabilité est indispensable à la personnation en ce que le Manque contraint le sujet à "halluciner l'objet", à l'absorber activement et à le maîtriser, lui permettant ainsi de ce différencier de l'objet (2) . Mais nous savons aussi que pour fonctionner adéquatement ce mécanisme présuppose son contraire:

La présence, présence du sujet dans l'espace libidinal de la mère, présence de la mère à l'enfant.

Ainsi la présence peut-elle être recréée hallucinatoirement lors de l'absence de l'objet.

L'agressivité qui n'aurait pas été utilisée à la protection narcissique du bon objet introjecté est évacué (projection) .

D'autre part, dans la dépression psychotique, le sujet va tenter de rechercher inlassablement cette confirmation narcissique manquante. Mais, du fait qu'il s'agit d'une carence narcissique effective, le narcissisme carencé du sujet ne lui permettra pas, à commencer par la désintrication pulsionnelle, de combler cette carence, cette absence d'apport narcissique, ce manque.

Du fait, au contraire, de la prédominance des pulsions agressives, le sujet va-t-il devoir repêter (non sans plaisir), un manque qui n'est autre que la carence affective, l'absence du sujet de l'espace libidinal des parents dont il s'origine.

...

La majuscule a été rajoutée par mes soins.
(1) Denis VASSE : Le temps du Désir P.49. Seuil.
(2) P. DUHOR . Conférence citée

Ainsi les pulsions agressives et l'automatisme de répétition ne comportent-ils en eux-mêmes aucune finalité démoniaque (FREUD pensait le contraire)1)

Ils ne font que répéter au service possible de la personnation un contenu qui ne peut exister lui-même que compris dans un contenu qui le précède et un contenant qui le nomme.

L'absence de contenu et de sens entraine la répétition de cette absence.

Le Manque qui entraîne habituellement la "recréation halluçinatoire de l'objet" autrement dit la répétition d'une présence en Moi, est absent, et c'est cette absence, ce manque qui est maintenant répété.

Non seulement le sujet est-il vide de sens, mais encore se sent-il coupable de ce manque, seule "satisfaction hallucinatoire" qu'il puisse se donner. Il érotise l'absence, le manque, le néant.

Dans sa tentative de se donner du sens, le Moi échoue mais nous indique le sens au lieu de son manque.

Les anti-dépresseurs :

En quoi, une molécule chimique, un objet connu pour ses qualités anti-dépressives peut-il nous renseigner, apporter quelque chose au traitement de la dépression et de la psychose ?

En quoi, l'objet qui se donne ou qui se prend, peut-il être support symbolique de la relation dite thérapeutique ?

Un objet, liquide ou solide, amer ou sucré, coloré parfois, vient s'intercaler oralement ou par effraction de l'enveloppe corporelle au sein d'un mécanisme auto-punitif, il le dérange.

...

(1) Louis DUJARIER : La compulsion de répétition dans l'oeuvre de FREUD - P. 364
R.F.P. 3 - Tome XXXIV - Mai 1970 Répétition et Instruit de Mort.

Ce dérangement est provoqué par l'acte thérapeutique qui contient à la fois l'Autre (1) que peut être la présence du médecin ou du collectif soignant et l'autre que peuvent être leurs désirs de soin, de réparation, de substitution aux mécanismes défaillants. A l'hopital psychiatrique, le transfert est médiatisé par l'aji thérapeutique.du collectif soignant et par son corollaire le médicament.

Il s'agit d'une Institution (2) depuis l'apparition en 1952 des premières chimiothérapies au Largactil.

Nous ne pouvons extraire que très arbitrairement, pour en privilégier certains aspects, cette institution du réseau institutionnel général.

Le fait très simple qui consiste à répérer que celui qui prescrit l'anti-dépresseur n'est pas celui qui l'administre, n'est qu'un exemple parmi d'autres de la complexité et de l'intrication des motivations de l'autre (ici, le soigné, celui qui est sensé devoir être réparé).

...

(1) Denis VASSE : Le temps du Désir . Seuil
L'Autre et l'autre au sens ou cet auteur les emploie.
L'Autre,objet irréductible à ma connaissance, à mon besoin, indestructible présence qui introduit la différence par opposition et complémentarité dialectique à l'autre, objet d'identification mais que je détruis en le consommant. La mère dans sa relation fusionnelle à lènfant est primitivement à la fois le besoin qu'il en a (mère-lait),objet qu'il consomme, objet autre, et le désir de ce qui à travers la "consommation" continue d'exister, la même présence, Autre en ce qu'elle ne se laisse pas réduire à mon besoin.
P.28 "... C'est dans cette articulation de l'autre à l'Autre, de cet autre qui est et qui n'est pas l'Autre, que se développe chez le petit d'homme sa structure de sujet qui noue au besoin de l'autre, le désir de l'Autre. L'un et l'autre ne se recouvrent jamais et de cette faille originaire dans son corps, vont naître le temps de son histoire et la force de sa parole..."
(2) Pour la compréhension du sens que nous donnons à ce terme, se reporter aux chapitres suivants.

Entre le collectif soignant et le collectif soigné, l'anti-depresseur sert de support symbolique (1) matière porteuse de sens, que l'on nomme.

L'objet ainsi mis en circulation est autre en ce qu'il répond ou non à mon besoin, lien d'identification possible avec ceux qui désirent me réparer, lien de refus aussi, "objet consommable", destructible, fécalisable, réductible à ma connaissance.

Il est aussi Autre,lien de mon ambivalence, signe d'une présence qui ne se laisse pas réduire à mon besoin, signe de la place que j'occupe en elle, présence que je ne détruis pas en détruisant l'objet.

En ce qu'ils dérangent et réintroduisent, l'acte thérapeutique (2) et l'objet symbolique semblent adaptés à la fonction médiatrice qui est la leur.

Dans son intervention, J.GUYOTAT (3) est amené à étudier les modalités d'action psycho-dynamique d'un anti-dépresseur.

Il définit une "structure dépressive" d'allure névrotique ou psychotique, (il l'a rapproche des "Etats limites" de BERGERET) au mode de relation dit "d'objet narcissique" qu'il explicite comme une tendance du sujet : " à n'investir chez l'autre que des aspects identiques ou complémentaires aux siens ".

...

(1) je me place ici dans la meilleure hypothèse, j'opère donc un raisonnement par l'absurde puisque je suppose le problème résolu. En pratique, le travail consiste justement à tenter de rendre possible cette définition.
(2) P.DUBOR. Dissociation de l'économique et du sens chez le Psychotique : utilisation du réel dans l'agir. Colloque sur les psychoses. R.F.P. 5.6. XXXV. Sep. Dec.71. Bien que ne parlant pas précisement du médicament, cet auteur fait référence à la nécessité de l'agir dans le traitement de la psychose.
(3) J. GUYOTAT. Prof. agrégé. Essai d'interprétation de l'action psycho-dynamique de l'Anagranil-Application à la thérapeutique de certaines névroses et psychoses. Colloque psychiatrique consacré à l'Anagranil-Geigy.
J. GUYOTAT. Aspects du narcissisme dans les psychoses. Réflexions à partir d'expériences de thérapie institutionnelle et de certaines chimiothérapies. Conférence juin 69. Evolution psychiatrique.

Cette "structure dépressive", débouche sur un besoin permanent de réparation de son économie narcissique et s'articule avec :
" Le narcissisme réparateur du soignant; lui-même plus ou moins imprégné de toute puissance".

Cette articulation, cette relation soigné-soignant ne peut s'opérer en Institution Publique qu'en privilégiant un idéal (1)commun bénéfique "le plus souvent en contraste avec un tiers extérieur maléfique qui n'est que le négatif de la relation narcissique positive ".

Le manque est ainsi projeté, expulsé, d'une relation (de l'autre à l'autre) qui ne supporte que des aspects identiques et complémentaires.

L'agressivité n'est plus au service de ce qui sépare dans ce qui unit. Dans cette relation, les deux protagonistes sont incapables de repérer la différence et par conséquent leur identité respective.

La relation de dépendance qui s'installe aboutit en fin de compte à l'aggravation du sujet.

L'auteur montre à partir d'exemples cliniques, l'action des anti-depresseurs. Ceux-ci agiraient"dans le sens d'une exaltation de la relation d'objet narcissique", plus loin il parle de stabilisation de ce système de relation.

A mon avis, dans le cadre de la définition que j'en ai donnée, l'introduction dans une relation trop fusionnelle de l'anti-dépresseur, rend possible une différence dans l'identique.

Les mécanismes de "dépendance-toute puissance" sont dérangés, le manque sous-tendant ces mécanismes, au lieu d'être refoulé ou projeté est réintroduit dans la relation sous forme de Manque. L'objet anti-dépresseur étant vécu d'une manière ambivalente par les deux pôles, le soigné et le soignant sont délogés.

Le soigné est dérangé dans son érotisation sado-masochiste, délogé de la place fantasmatique qu'il croyait devoir occuper, frustré par l'acte de la prescription qui pointe la différence soigné-soignant.

....

(1)Cela fait penser à l'idéal du Moi.Narcissique de Bela GRUNBERGER.

Ce même acte de prescription frustre le soignant d'un rôle réparateur mégalomaniaque, le médiateur symbolique véhiculant un sens qui ne se laisse pas réduire à son désir propre.

Ce serait une erreur, que de déduire hâtivement de cet exemple de relationpathologique, la nécessité absolue de l'anti-dépresseur.

L'expérience prouve que le médicament est souvent vécu par ses utilisateurs, (prescripteurs et consommateurs) comme doué de propriétés du type : " toute puissance magico-scientifique". La fuite relationnelle, la fétichisation, la dépendance et les pseudo-relations d'objet en sont d'avantage la cause que le "miracle" invoqué.

En pratique,dans les quelques observations que j'ai pû faire, j'ai souvent remarqué après institution d'une chimiothérapie antidépressive dans ces cas particuliers de "structure dépressives" que je nomme psychasthéniques, une exaltation de la relation objet narcissique avec réintroduction au sein de la relation soigné-soignant, d'éléments agressifs.

L'auto-agressivité cède la place à L'homo ou à l'hétéro-agressivité, le sujet passant de l'état de dépendance passive à celui de dépendance active, plus ou moins oppositionnelle.

Dans la mesure ou le collectif soignant accepte l'agressivité du sujet sans l'utiliser à ses fins narcissiques propres (rivalités, revendications, clivages, projections, manipulations...), le sujet rétablit des relations avec le monde.

Il perçoit que le désir dont il est porteur ne comporte pas le danger fantasmatique qu'il lui prête, que par ailleurs, le monde ne le détruit pas en retour.

Le médicament, articulation entre autre et Autre, médiateur matériel et symbolique, objet réductible à mon besoin, irréductible à mon désir, apparait comme un troisième terme possible dans la relation soigné-soignant.

...

C'est en cette qualité et à cette place animée qu'il peut acquérir une valeur thérapeutique dans l'éclairage du modèle psychanalytique.

Ceci appelle quelques remarques sur le pôle soignant.

L'acte thérapeutique ne peut être qu'acte questionnant, mêlant chez le soignant, désir de réparation et désir de rencontre, prise en charge et parole, convergence et divergence de la psychiatrie et dela psychanalyse, de l'individu et du collectif, tous lieux de contradictions.

Cette double démarche contradictoire permet de comprendre un certain nombre de confusions.Parmi elles, celle qui consiste à inverser la situation soignant-soigné:

L'autre, que je nomme "fou", aliéné, psychasthène, exclu, déprimé, je le différencie des autres, je le nomme Autre.

Si je le nomme ainsi pour me défendre ou le protéger, pour me protéger ou le défendre, ce n'est pas l'Autre que je nomme, mais le manque en Moi.

La question posée par l'acte thérapeutique ne s'adresse qu'à moi-même.

Si l'anti-dépresseur ou le neuroleptique sont des anti-Autres, s'ils sont utilisés pour combattre ce manque en moi qui m'angoisse, et si projetant l'effet et la cause sur celui qui n'étant plus qu'autre ne fait que revêler en moi ce manque, je prescris, je ne fais que tenter, par identification projective à l'autre, de réduire mon angoisse.

Le sujet, devant cet Autre qui n'est qu'autre (donc identique à lui-même) voit son angoisse, son auto-agressivité et sa psychose cautionnées par cette anti-relation, reflet de son manque.

A l'opposé, les traitements prescrits dans l'indifférence (1) institutionnelle, la routine défensive de l'institué, aboutissent également aux mêmes résultats.

...

(1) indifférence : absence de différence donc manque.

La matière anti-dépressive ne véhicule plus qu'elle-même et ses apports bio-chimiques à un corps sans parole débouchent sur le vide, l'absence, exaltation de la chronicité, de l'habitude, du rituel, de la dépression et de la psychose.

...

.PITRE III - LE MODELE SOCIOLOGIQUE

"HEGEL a découvert le troisième terme, qui résulte de l'enrichissement de toute détermination par sa négation et son dépassement, et qui se produit rigoureusement et cependant comme un moment nouveau de l'être et de la pensée, lorsque deux termes sont en contradiction. La raison hégélienne progresse en toute rigueur en déterminant lors de chaque contradiction interne, le tiers ou troisième terme..." (1)

"La notion du troisième terme réagit décisivement sur la notion de contradiction. Elle cesse d'être absurdité, hésitation et oscillation ou confusion de la pensée... le devenir traverse les termes en opposition, engendre face à chacun d'eux, à son niveau et à son degré, son "autre" qui est en conflit avec lui, et finalement dépasse l'opposition en créant du nouveau..." (2)

... Ces "Lois dialectiques" sont l'expression la plus générale et la première analyse du devenir. On peut dire qu'elles résument les caractères essentiels sans lesquels, il n'y a pas de devenir, mais stagnation - ou plus exactement répétition "entêtée" par l'entendement d'un élément abstrait... La triplicité... des déterminations dialectiques n'est encore qu'un aspect superficiel, externe du mode de connaissance. En lui-même, le mouvement est un..." (2)

Mais pour HEGEL, c'est l'esprit tout puissant qui effectue à lui seul ce dépassement, le corps de l'homme est nié et, avec lui, la pratique créatrice. De ce fait, en tant que système, le système hégélien supprime à la fois le devenir et la contradiction, bien qu'une voie reste ouverte.

Dans son opposition à l'hégélianisme, le matérialisme historique énonce que le vrai est concret.

"S'élever au-dessus du monde par la réflexion pure, c'est en réalité rester enfermé dans la réflexion". (3)

...

(1) Henri LEFEVRE : Le matérialisme dialectique. P. 23 P.U.F.
(2) Henri LEFEVRE : P. 24 - Op. cité
(3) (Deutsche Ideologie P. 238) citée par Henri LEFEVRE Op. cité P. 66.

Il s'agit de détruire ce qui conditionne matériellement un mode d'existence historique des individus : les intérêts de classe, le profit, comme "en s'émancipant du trafic et de l'argent, par conséquent du judaïsme réel et, pratique, l'époque actuelle s'émanciperait-elle-même..." (1)

Par la suite, MARX adjoint au matérialisme historique la méthode dialectique, lui ayant ainsi retiré ses présupposés. Le matérialisme dialectique permet l'approfondissement du matérialisme, c'est à fire l'approfondissement des rapports économiques.

"Le fétichisme et la magie primitifs exprimaient la domination de la nature sur les hommes et la puissance illusoire des hommes sur la nature. Le fétichisme économique exprime la domination sur les hommes de leurs produits et la puissance illusoire des hommes sur leur propre organisation et leurs propres oeuvres" (2)

Le processus historique et social, en même temps qu'il est croissance des forces productives, est aliénation de l'homme en ce que le produit de son activité se retourne contre lui en le dominant.

(Homo et Super Man réunis dans une lutte contraphobique de géants contre les miasmes morbides, ou de l'objet personnalisé au sujet, dépersonnalisé... ou encore, comment tenter de résoudre ses problèmes narcissiques en déifiant l'argent...)

Dès lors, le troisième terme apparaît comme un concret possible, une solution aux problèmes posés par la vie.

Le dépassement est mis en acte, comme les conflits, les contradictions, les termes en présence sont des énergies, des personnes.

Henri LEFEVRE donne sa définition : "Le matérialisme dialectique ne peut-être qu'un instrument de recherche et d'action, jamais un dogme..."

...

(1) La question juive : MARX. P.49 10-18.
(2) OP. cité P.87

et d'ajouter :
" Il situe les deux éléments de l'existence humaine : L'être, la conscience. Il les hiérarchise : l'être (la nature) a la priorité, mais la conscience a pour l'homme la primauté." (1)

En ce point, les présupposés marxistes transpirent : le concret, le réel, la nature, l'objet, l'être matériel détermine notre pensée.

Lorsque MARX dit :
" Ce n'est pas la conscience des hommes qui détermine leur être ; c'est inversement leur être social qui détermine leur conscience" (2). On est tenté à partir de cette affirmation manichéenne, de chercher dans la pratique psychanalytique ce qui de l'inconscient renvoit au troisième terme que ce discours forclôt.
Du spirituel au matériel, de l'âme au corps, de HEGEL à MARX, d'un sommet de la pensée abstraite à un sommet de la pensée concrète, opposées radicalement l'une à l'autre en leurs présupposés et liées indissolublement par leur méthode, la tentation revient de questionner encore la psychanalyse.

LACAN est à ce point apparemment très proche de MARX.

"C'est ainsi que si l'homme vient à penser l'ordre symbolique, c'est qu'il y est d'abord pris dans son être. L'illusion qu'il l'ait formé par sa conscience, provient de ce que c'est par la voie d'une béance spécifique de sa relation imaginaire à son semblable, qu'il a pu entrer dans cet ordre comme sujet" (3)

De HEGEL à MARX, il y a le chemin de la toute puissance de la pensée à la toute puissance du corps.

LARCAN articule l'imaginaire au réel par l'ordre symbolique.

Le troisième terme est à nouveau repéré. C'est dans l'inarticulation du fantasme à l'ordre symbolique que peut être repérée la psychose,

...

(1) H.LEFEIRE OP. cité P.105

(2) J.GABEL: Sociologie de l'aliénation. MARX est cité par l'auteur P.101 P.U.F.

(3) J.LACAN.Séminaire sur la lettre volée;P.53 Ecrits.Seuil.

dans l'inarticulation du réel (1) à l'ordre symbolique que peut être repérée l'aliénation sociale.

Ainsi définie, l'aliénation sociale apparaît comme "l'illusion" du sujet d'avoir accès à l'ordre symbolique.

Ce qui, du sujet adapté et des institutions qu'il se donne ou qu'il subit ne renvoit pas à l'ordre symbolique, mais à l'ordre social, peut être tenu pour aliénation sociale inhérente à sa "normalité".

Dans la mesure où être "normal" c'est être adapté, c'est en même temps ne plus se poser la question des origines, l'ordre social y étant substitué.

La découverte de la "normopathie" permet, contrairement à ce que pense EY, non seulement de ne pas la confondre avec la psychopathie, mais encore de mieux la comprendre et surtout de moins la craindre.

Au rapport manichéen "maladie mentale-Santé mentale" se substitue le rapport tripolaire (maladie mentale-normopathie-santé mentale).

Ainsi les mécanismes de refoulement renvoient aux mécanismes de clivage ou au délire sans pour autant s'y confondre.

La "Santé mentale" de "l'homme malade", celle de"l'homme normal" sont des santés mentales possibles qui renvoient l'homme à son imaginaire et au réel-concret.

L'ordre social n'est pas l'ordre symbolique dans la mesure où il n'y a pas accès.

L'exemple de la guerre pourrait s'il en était besoin en fournir une preuve.

La guerre étant l'industrie de la mort, Franco FORNARI conclut :

...

(1) Réel : S. LECLAIR. Conférence le 19.5.71. Les effets de la Psychanalyse. Cet auteur définit le réel comme : La question des origines, ce qui se dérobe et contre quoi l'on bute, c'est-à-dire la castration, l'origine du désir. Nous parlerons de réel concret en tant qu'ordre social rapprochant ainsi la situation concrète dans laquelle l'homme se trouve de la question des origines qu'il se pose. Lorsque l'homme se masque cette question, nous parlerons d'aliénation sociale.

(2) Normopathie : terme utilisé comme synonyme d'aliénation sociale.

"... On pourrait aussi dire avec GLOVER que le problème guerre est lui-même, une tentative thérapeutique, c'est à dire une tentative de faire front aux angoisses fantasmatiques à travers la déclinaison de la dimension psychotique en terme de réalité. Elle apparait donc légitime, la tentative de la psychanalyse de décèlement et de vérification du phénomène guerre comme phénomène psychotique au moment dans lequel c'est l'histoire même des hommes comme histoire de l'ère atomique qui induit les hommes à se réveiller, tressaillant de la grande illusion pour s'apercevoir que c'est la guerre désormais comme guerre absolue qui expose les hommes à vivre comme des angoisses réalistes et à vérifier comme des destructions concrètes les mêmes angoisses psychotiques, c'est à dire illusoires que jusqu'ici la guerre avait pu masquer et illusoirement résoudre." (1)

De l'aliénation mentale à l'aliénation sociale, LACAN définit la folie :

"... la captation du sujet par la situation donne la formule la plus générale de la folie, de celle qui gît entre les murs des asiles, comme de celle qui assourdit la terre de son bruit et de sa fureur..." (2)

Le refoulement du réel et avec lui, le refoulement de la question de "l'origine du désir" voit sa conséquence directe dans la récurrence aliénante que le produit de sa création fait subir à l'homme.

Le produit de l'acitivté de l'homme lui échappe comme l'objet perdu se dérobe à sa recherche et comme l'objet produit lui tient lieu de fétiche.

Un exemple précis et concret de ce problème nous est donné par l'internement.

L'internement est un acte régi par une loi, la loi de 1838. "Dangereux pour lui-même et pour les autres".

Dans la mesure, ou cet acte est une manière de faire endosser à l'exclu la totalité de la responsabilité de son internement, on peut parler d'aliénation sociale.

...

(1) F.FORNARI. La Psychanalyse de la guerre. P.320
R.F.P. Tome XXX - 1966
(2) LACAN. OP. cité P.99

En effet, la dimension de l'aliénation est ici réduite à un seul terme, celui d'aliéné.

La force aliénante, et avec elle le rapport aliénant-aliéné, y est masquée.

Le "fou" devient ainsi le symbole concret, le produit social de l'homme qui masque sa propre folie derrière la toute puissance de sa raison aliénante.

Le "fou" tente de se poser la question des origines et y échoue.

Le "normal" tente de se cacher la question des origines et y réussit.

Tel pourrait être le sens, selon moi, de ce qui unit et différencie aliénation mentale et aliénation sociale.

...

PITRE IV - L'INSTITUTION

"L'institution est un réseau symbolique, socialement sanctionné, où se combinent en proportions et en relations variables une composante fonctionnelle et une composante imaginaire". (1)

"Ainsi, considérer l'hôpital psychiatrique comme une institution, c'est apporter la dimention symbolique qui permet de dialectiser le réel-concret de l'organisation et l'imaginaire des individus ou des groupes".(2)

Apporter la dimension symbolique sous-entend qu'elle n'existait pas.

Entre le concept théorique d'Institution et l'institution réelle-concrète, il y a le décalage du réel-concret à l'ordre symbolique et de l'ordre symbolique à l'imaginaire.

Envisager l'hôpital psychiatrique comme une institution, c'est envisager un possible et en même temps ce pourquoi il ne l'est pas.

LE SOIGNE

C'est-à-dire le fou, le psychotique (la dépression n'en étant qu'une des modalités).

"Son organisation se caractérise par une dissociation du destin respectif de la motion pulsionnelle d'une part et des représentations signifiantes de l'autre. Cet aspect non lié des deux pôles majeurs de la pulsion, aboutit à la constitution d'un monde objectal non investi par la pulsion et pour laquelle il aura toujours valeur d'être fondamentalement étranger, c'est-à-dire "aliéné" " (3)

Dans cette dissociation du signifiant et du signifié, d'une part les

...

(1) René LOUREAU : L'analyse Institutionnelle. P. 91. Les éditions de Minuit.
(2) P. EVRARD : Thèse. 1972. La Psychiatrie Instituée. P. 110
(3) P. DUBOR : Dissociation de l'économique et du sens chez le psychotique. P. 1066. Colloque sur les Psychoses. R.F.P. 5.6. Tome XXXV Sep. Déc. 71

mécanismes de structuration du Moi sont bloqués, d'autre part, le psychotique opère une confusion entre ses pulsions et le monde. Il confond l'objet de son désir avec son désir de l'objet.

Le Psychotique n'a pas la possibilité de différencier un dehors d'un dedans, ni de se poser en tant que sujet par rapport à l'objet. La représentation du monde et de son corps est dissociée,.chez le psychotique, de son désir.

Le psychotique ne peut percevoir ni son corps comme le lieu de son désir, ni le monde comme l'objet de son désir.

Son corps-monde est traversé par des mouvements pulsionnels, comme il est traversé par le langage et le sens. Mais, ce sens n'étant pas articulé à son désir, il ne peut s'éprouver lui-même comme porteur de sens.

Le psychotique n'a pas accès à l'ordre symbolique. Cet abord de la psychose n'est vrai qu'en théorie, car pratiquement le psychotique n'est jamais totalement psychotique. Cette dissociation présente des modalités particulières, à des moments particuliers, dans des circonstances particulières.

Nous avons parlé ici d'une organisation mentale, celle de la psychose et de ses mécanismes. L'Homme fou ne saurait se réduire à la représentation (ici organisationnelle) que j'en ai, ou alors, je confonds moi-même objet réel-concret et objet de connaissance (la représentation que j'en ai) et c'est par un autre tour de folie que je le nomme tel.

L'approche intellectuelle que je fais me permet de mieux comprendre certains mécanismes, mais en même temps, elle occulte d'autres dimensions humaines et risque ainsi de me faire prendre le sujet pour un objet. (1)

Le piège que me tend ma connaissance totalisante renvoit au piège que me tend l'homme fou en ce qu'il n'arrive pas à s'éprouver comme sujet.

...

(1) Dans la mesure où le savoir occulte, dans ce qu'il ne dit pas, d'autres dimensions de l'homme, il est à la fois totalisant, réducteur et aliénant. L'écart entre l'intellectualisation et la pratique sociale est significatif de la " normopathie".

ERASME (1) situait en bonne place dans sa ronde des fous, l'homme de savoir...

LE SOIGNANT (2)

En en prenant le rôle, je me perçois et je perçois l'autre en situation. En agissant par ma pratique sociale, je rencontre d'autres pratiques sociales et je prends conscience que le fou est un homme compris (exclu-inclus) dans cette pratique sociale.

La structure de l'homme et celle du groupe ne sont pas identiques, il existe des inter-actions, des relations entre soignants, entre soignés, entre soignants et soignés...

Le groupe lui-même est organisé sur un modèle pyramidal intermédiaire entre le modèle d'organisation médicale et le modèle d'organisation militaire (médecin-chef-surveillant général, permissions...)

Chacun a un rôle, un grade, un pouvoir.

A l'organigramme formel qui traverse groupes et individus, répond le sociogramme informel avec ses leaders et ses boucs émissaires émotionnels. La pratique montre que "l'être au monde" est variable en fonction non seulement de sa personne ou de ses problèmes du moment, mais aussi de son environnement. Tel service est connu pour son obsessionnalité, tel autre pour sa rigidité ou, au contraire ,son laisser-faire. Dans l'un on ne parle pas, dans l'autre on passe à l'acte.

L'organisation est plus ou moins permissive ou répressive, les intérêts administratifs ne recoupent pas toujours les intérêts des malades ou ceux des soignants.

L'économie de l'hôpital psychiatrique, l'énergie de ses gestionnaires est souvent éloignée des représentations signifiantes et de leur objet.

...

(1) ERASME. L'éloge de la folie. A l'enseigne du pot-cassé.
(2) Le terme comprend aussi le médecin...

A ce degré d'aliénation sociale peuvent être décelées des causes :

- Le narcissisme précaire (1) des soignants ou des administratifs, avec son corollaire : les attitudes clivantes, projectives, rivales, rigides ou manipulatoires.

- Le sous-développement de l'hôpital avec ses notes infantilisantes pour les infirmiers, division tout aussi infantilisante pour les médecins en "médecine de haute qualité" et "médecine de qualité..." Sous-développement des salaires, des pécules, de la nourriture, des moyens de communication, manque de personnel de toutes sortes...

Cette pénurie matérielle opère sur les soignants un effet démobilisateur, sur les soignés un effet dépersonnalisateur. Elle renvoit aux soignants en leur fournissant une défense (réelle-concrète) contre le changement.

Il y a là un cercle vicieux, une force d'inertie interne qui bloque l'adéquation énergie-structuration narcissique de l'Hôpital.

En d'autres termes (et par transposition), l'hôpital, avec ses différents composants, n'est pas capable de s'investir narcissiquement.

L'Hôpital est vécu par ses gestionnaires comme inadéquat, inutilisable (le mauvais objet) et c'est là une des motivations qui pousse à en sortir, par le biais du secteur.

Q'il s'agisse de résistance au changement ou de tentative d'en sortir, nous sommes devant un vécu dépressif qui renvoit à la fois au narcissisme des soignants et au réel-concret de l'organisation.

C'est pourquoi ce problème dépasse largement l'Hôpital et renvoit à l'homme social, à son choix, à son pouvoir et aux institutions qu'il se donne.

...

(1) Je veux dire par là que si les soignants peuvent symboliser, cela ne veut pas dire qu'ils aient toujours la possibilité d'accéder à l'ordre symbolique. Ceci est encore plus vrai quand il s'agit de groupe soignant. L'exemple du décalage entre Intellectualisation et mentalisation le montre bien, mais de nombreux autres exemples peuvent en être donnés. Par exemple, le décalage entre rôle effectif et rationalisation.

II EME PARTIE

- APPROCHE PRATIQUE -

LE CAS DE MONSIEUR SC... J...

PITRE I - UNE RENCONTRE

Adressé par le Dr B... de l'hôpital N... à l'hôpital V... sans autre mot qu'une ordonnance ne comportant pas moins de onze prescriptions différentes et simultanées à des doses importantes, M. SC... J..., 23 ans, est entendu par l'interne de porte le 13.2.69. Il note :

"Malade venant de l'hôpital N... avec un traitement faramineux, pratiquement ininterrogeable, complètement ensuqué, signale néanmoins un automatisme mental (certaines personnes peuvent contrôler sa pensée) et se plaint de ce que sa tête est pleine d'idées contradictoires. Pour autant qu'on puisse en juger d'après le peu de renseignements dont on dispose et d'après l'habitus et le contact du malade, il doit s'agir d'un schizophrène."

C'est donc un état de panique innommable, d'angoisse institutionnelle qui motive le transfert de M. SC... J. à l'hôpital V...

Lors de notre premier entretien, le 24.2.69, je trouve un sujet très angoissé, parlant beaucoup.

Les Images nocturnes des malades du service agissent sur sa pensée, mais les gens dans la rue agissent aussi, sa pensée se répète, tout cela lui faisant plafonner les yeux. Ce sont les images qui disloquent sa pensée. Déclare souffrir, ne plus dormir la nuit, avoir des idées de transformation corporelle, ne faire que penser, recevoir des ordres, des contre-ordres, ce n'est pas lui qui commande, il n'a pas confiance en lui. Il change de pensée, revoit ce qui s'est passé dans sa vie, il n'a pas de présent, pas d'avenir, avant il était lucide. Dans le passé, ce qu'il revoit, ce ne sont pas de belles pensées.

Le décès de son père (il y a trois ans) n'est pas ressenti douloureusement, alors que celui de sa mère (il y a dix ans) a provoqué des réactions affectives. Actuellement, il est indifférent, sa pensée est bloquée. Il se plaint de douleurs cardiaques, d'avoir mal au coeur, se sent faible...

Un aspect parallèle et voisin de sa manière d'être est rendu par les

...

observations des infirmiers du service. "Je ne dors pas, j'ai mal à la tête, au mental, j'ai lu les prodigieuses victoires de la psychologie moderne de D... et j'ai une névrose d'angoisse et des problèmes religieux. J'étais trop intelligent et je me posais trop de questions, c'est ce qui a détruit tout ce que j'avais dans la tête, je me pose beaucoup de questions sur les autres malades, ils ne vont pas bien et je suis comme eux. Un rien me fait peur, j'y vois trouble, je préfèrerais mourir plutôt que de continuer à souffrir, je ne m'en sortirai pas, les médicaments ne font aucun effet."

On note encore qu'il se plaint de vertiges, d'envie de vomir, il se sent argoissé et a peur de rester très longtemps à l'hôpital. Parler avec les infirmiers ou les autres malades le fatigue, il préfère rester seul.

Ce qui me frappe le plus alors, c'est la manière d'être quasi nosographique de ce patient. Il se prend pour un syndrome. Il se dit commandé, influencé, disloqué, répété, fatigué, déprimé, angoissé et... le répète sans cesse.

Il s'auto-observe, s'auto-tourmente, s'auto-décrit, s'auto-angoisse. Il se dit nosographie, symptômes, névrose d'angoisse, automatisme mental, dépression. Il se définit comme une maladie mentale. Il tient sur lui-même le discours que le psychiatre tient sur le monde. Il tente par son discours, une objectivation, une réduction de son corps à la connaissance qu'il en a. Il est son propre objet de connaissance. Il dit que son corps est parole, il dit qu'il est folie. Il dit que sa pensée est bloquée, influencée, commandée par les autres, il dit qu'il est fou. Il dit qu'il est parlé par les autres, qu'il est la parole des autres, le sens des autres. Il dit qu'il est le sens des autres et que lui n'a pas de sens, n'a pas de parole.

Il dit qu'il est discours nosographique, qu'il "tente de devenir une parole réelle alors qu'il n'y a de parole que symbolique." (1)

Il dit qu'il est un corps-parole qui n'a pas la parole.

Il dit qu'il est bien la folie du fou et/ou le fou de la folie. Il

...

(1) Denis VASSE : Le temps du Désir. P. 95.96.

dit qu'étant le sens des autres, nosographes et/ou schizophrènes, il n'a pas de sens.

"... L'homme qui ne peut plus symboliser, parler son existence, sa vie et sa mort, ne peut plus considérer son corps comme signifiant de la parole et de la vie qu'il transmet, comme le lieu d'un sens. Il n'y a de sens humain, en effet, que dans l'écart différentiel entre le corps et le discours de l'homme... Quand le rapport se dissocie et que ne se joignent plus dans l'acte de symboliser - dans la parole - le réel du corps jamais totalement accessible à son dire et l'imaginaire de son discours jamais totalement réductible à son corps, l'homme perd la parole, ce lien fragile et mouvant qui donne consistance à ce qui, sans elle, n'en a pas." (1)

Dans la dialectique de l'être et de l'avoir, il dit qu'il est ce qu'il n'a pas. Il dit qu'il est identique à ce que l'on dit de lui, qu'il n'a pas d'identité propre. Il dit qu'il est le lieu d'une absence d'identité propre, d'un manque et non le lieu d'un sens.

Ce corps est bien le lieu d'un manque qu'il tente de colmater en le nommant : Corps influencé, pensée répétée, corps parlé, pensée bloquée, corps nosographique, corps symbole du sens qu'il n'a pas.

Ce corps symbole, ce corps fou délire et, par là, contient l'angoisse du vide, de l'absence.

Le délire n'est-il pas, comme le pensait FREUD, une défense contre l'angoisse de morcellement, de néantisation !

Ce corps-parole, corps parlé répète la place qu'il n'a pas, le manque dont il s'origine. Le délire contient l'absence dans une double entente : il la répète et en protège le sujet. Pour n'avoir pas existé en tant que même et déjà Autre dans le désir de ses géniteurs, pour n'être le lieu d'aucune parole, d'aucun sens originel, le sujet parle l'absence, il dé-parle.

Il transmet ce qu'il a reçu, l'intransmissibilité d'une parole, son

...

(1) Op. cité. P. 95.

inexistence de sujet dans le désir de l'Autre.

Pour n'avoir pas été reconnu comme le lieu d'un désir, le fou reconnaît son corps comme le lieu d'un manque.

Le Fou est le sens du non-sens avant d'être le non-sens du sens.

Mais M. SC... n'est pas fou dans la mesure où il se prétend tel. Il est et il n'est pas ce qu'il dit qu'il est. Il est et il n'est pas le discours qu'il tient sur lui-même, la réduction qu'il opère de son corps à la représentation qu'il en a.

Il nous parle pour nous dire qu'il est parlé, mais dans l'écart différentiel entre son corps, lieu d'un manque et le discours qu'il tient sur lui-même, il témoigne qu'il est porteur d'une parole transmissible, qu'il n'est pas le fou qu'il dit être.

Il cherche qui il est et ne peut que nommer l'absence, nous dire ce qu'il croit être, le sens qu'il se donne au lieu de son manque.

Le sens qu'il se donne témoigne de l'économie narcissique où il se trouve, du sens qu'il n'a pas. Le sens qu'il nous donne témoigne de l'économie objectale dont il dispose, du sens qu'il a.

Si M. SC... n'est pas le fou qu'il nous dit être, qui est-il, lui qui nous dit qu'il est automatisme mental, pensée répétée et qui nous le répète sans cesse ?

Sa parole est au service de son agressivité et devient discours qu'il tente de nous imposer comme le manque s'impose à lui.

Il nous répète qu'il est répété.

Il nous répète le sens qu'il se donne, comme le manque se répète en lui.

Il possède une parole, formulée au niveau de son Manque, mais s'en sert pour le nier, pour s'imposer et imposer au monde la représentation qu'il a de lui-même, celle de la folie qui le fascine et l'angoisse. Il s'agresse, s'accuse d'être fou, s'auto-tourmente.

...

Dès lors nous entendons autre chose que la folie et/ou la non folie. La folie lucide des auteurs classiques, les hallucinations symboliques et le manque de volonté de JANET prennent une autre dimension.

M. SC... nous donne à entendre qu'une partie de lui-même est mauvaise. "Dans le passé, ce qu'il revoit ce ne sont pas de belles pensées" (A noter l'association avec le décès de son père, l'indifférence qui lui aurait succédé, l'association avec le blocage de la pensée et la résurgence de l'angoisse dans les sensations corporelles).

Parallèlement nous entendons l'insistance du discours, l'obsession qu'il a de se dire fou. Il perçoit en lui du mauvais, un désir mauvais, un désir fou, diabolique, meurtrier.

Son corps est bien le lieu d'un désir mais il vit ce désir comme avide, assoiffé d'objet, susceptible de le détruire. Il se perçoit comme destructeur d'objet au lieu où il en manque. Il est le lieu d'un désir sans objet, d'un désir de non-sens et de néant. (1)

Ceci permet peut-être de comprendre la peur qu'il a de ce désir, peur sans autre objet que ce désir sans objet et l'angoisse qu'il éprouve est manifeste. Condamnées à ne jamais être satisfaites, les pulsions libidinales voient leur niveau tensionnel perpétuellement élevé (ce qui est une source de déplaisir). Ce désir insiste compulsivement (2) sur ce manque, mais la distance qui sépare le désir de sa satisfaction, d'ordinaire structurante en ce que le Manque renvoit au sens, est ici répétée tout aussi inlassablement.

Les pulsions agressives séparent répétitivement le désir de sa satisfaction. (3)

...

(1) J. PERRIN : Le Désir contient sa propre négation. On peut entendre ici : Désir confondu avec le besoin de posséder le désir de l'Autre et/ou désir de meurtre du père. De toute façon, c'est en tant qu'il désire le manque que son désir est perçu comme dangereux par le sujet puisqu'il s'agit d'un désir de néant. Les pulsions agressives font aussi partie intégrante du désir.

(2) Nous admettons ici qu'une partie des pulsions agressives n'est pas désintriquée des pulsions libidinales. On peut cependant se demander si déjà à ce niveau il n'existe pas une inversion pulsionnelle au profit des pulsions agressives.

(3) La fonction des pulsions agressives est bien la répétition. Elles répètent tout autant le désir de l'objet que ce qui l'en sépare.

Cette situation peut être caricaturalement opposée à celle du passage à l'acte systématique qui télescope désir et satisfaction en éliminant ce qui sépare, en déniant la distance.

En outre, si son désir peut être tenu pour source de déplaisir, M. SC... se récupère par son activité séparatrice fortement érotisée, sa position de fou-non-fou n'est pas dénuée de bénéfices primaires au niveau du symptôme.

Mais pourquoi M. SC... répète-t-il ce qui sépare, pourquoi tient-il à distance l'objet (1), pourquoi son désir ne peut-il s'inscrire au niveau du renoncement qui seul permettrait son émergence ?

Par son discours, ce sujet se défend contre la dépersonnalisation. La séparation répétitive, la mise à distance de l'objet, défendent le sujet de la confusion qu'il est tenté d'opérer entre son désir et l'objet de son désir, confusion qui déboucherait fatalement sur le morcellement.

Cette séparation répétitive est aussi répétition de l'absence de l'objet, c'est-à-dire du Manque et de l'interdit.

Le sujet répète la loi et le renoncement à l'objet, mais son désir persiste insatisfait et coupable. La Loi répétée n'est pas ordonnée à son dépassement, elle n'interdit pas un objet (la mère) mais le désir qu'en a le sujet dans la mesure où le désir du sujet est sans-objet. Ici est à nouveau réintroduit le manque, l'impossibilité où est le sujet d'articuler son désir à la Loi.

Le Désir insatisfait et la loi répétée s'affrontent en un mécanisme a-dialectique et statique où confine la psychose.

On retrouve ici la désintrication et la régression pulsionnelle décrites par FREUD dans la psycho-névrose obsessionnelle.

Le désir insiste pour s'approprier l'autre alors qu'il devrait y renoncer pour que le sujet puisse saisir et libérer l'Autre en lui, inscri-

...

(1) Nous retrouvons ici les mécanismes de défense de l'obsessionnel que BOUVET a rassemblés sous le terme de "relation à distance".

vant ainsi son désir au niveau de cette reconnaissance.

La Loi répétée, prive au lieu de permettre au sujet la possibilité de satisfactions objectales.

Le sujet, pour se défendre contre le morcellement, se prive de mécanismes indispensables à sa personnation. Il est le lieu du désir et de la peur d'un sens qui ne lui a pas été transmis.

Désir barré, Loi répétée, il voit son énergie engagée à lutter contre l'hémorragie narcissique (1).

Son inhibition, sa timidité, sa mise à distance, ses bénéfices symptômatiques, la toute-puissance de sa pensée (2), son apathie, son inadaptation sont autant de mécanismes de défense qui lui interdisent à la fois régression et progression. Le stade de développement où il est fixé est aussi celui auquel il se fixe.

...

(1) Hémorragie narcissique synonyme de manque.
(2) Nous verrons plus loin que son aspect pseudo-délirant est plus proche de la toute-puissance de la pensée que du délire vrai.

APITRE II - UNE TENTATIVE DE SOINS

M. SC... dit être le sens où il en manque et nous (1) place en ce lieu. Ce qui lui manque ne peut lui être donné que par l'Autre, tant il est vrai que pour le psychotique il n'y a pas d'Autre.

C'est en prenant la place qu'il nous indique, celle du non-sens pour lui, qu'il prend sens pour nous.

Nous nous inscrivons à une place qui le déloge et où cependant il nous inclut dans le transfert institutionnel, ne fusse que pour nous entraîner dans la ronde infernale où son narcissisme le tue.

Après une crise de plafonnement avec tremblements, imputée aux neuroleptiques incisifs jusque là maintenus, le Dr P..., médecin-chef du pavillon, en décide l'arrêt et me propose d'envisager le traitement chimiothérapique autrement. Ce n'est pas sans hésitation que je pense aux anti-dépresseurs, n'en aurions-nous pour preuve que la timidité du dosage du Surmontil (125 mg) qui sera alors institué.

Cette période se caractérise par une alternance de bons et de mauvais jours, aux jeux de basket et de belotte succèdent les impressions de diminution physique, de tourments.

"Je vais un peu mieux, mais je suis toujours fasciné par le regard des autres malades. Je ne peux pas m'en empêcher."

C'est aussi une époque où il demande à retourner chez sa soeur aînée où il séjournait entre des hospitalisations précédentes, aimerait aussi retourner à l'hôpital N...

Pendant cette période, les fiches de comportement établies par les infirmiers sont interrompues.

...

(1) Le NOUS renvoit ici au collectif soignant et, avec lui, à l'homme et à l'Institution. Il s'agit ici de la notion de transfert institutionnel.

Le 8.6.69, reprise des fiches de comportement.

M. FAR..., infirmier :

"Pour le repas de midi, j'invite M. SC... à descendre manger au réfectoire : vive réaction.

- Je ne veux pas descendre, vous ne pouvez rien pour moi, vous êtes tous des monstres.

J'insiste pour qu'il descende, arrivé devant la porte :

- Je vais vous casser la gueule.

et fait le geste.

Deux secondes après :

- Non ! frappez-moi, allez-y...

Au réfectoire, a mangé très peu puis va se recoucher et s'endort, à noter qu'il a dormi tout le matin."

La reprise d'une communication verbale sur le patient coïncide donc avec une mise en jeu de l'agressivité soignant-soigné.

A l'agressivité projetée sur les soignants : "Vous êtes tous des monstres" correspond l'agressivité projetée sur le patient : "Il dort toute la journée".

S'il occupe la place du dormeur et si les soignants la lui disputent, il défend cette place et indique à l'autre un désir en ce lieu, il peut saisir son corps comme il défend l'espace institutionnel qu'il s'attribue.

Maintenant, M. SC... a quelque chose à protéger, quelque chose à expulser et c'est à l'articulation de son désir (désormais possible) et de la Loi (l'incompréhensible limitation imposée par l'irruption du désir

...

d'un autre) (1) qu'il s'exprime et se situe. Il exprime le monstre de lui-même au moment où inscrivant son désir en un lieu, la loi vient l'en déloger. Ainsi, la place qu'il occupe n'est plus seulement celle où son agressivité et sa culpabilité aliènent son désir, mais le lieu où il le situe et le protège.

La Loi, ici extérieure à lui-même, la norme, la règle instituée peut être contestée, lui permettant d'inscrire son désir au niveau du Manque réintroduit. Du désir à la loi, un sens à nouveau circule. M. SC... est Autre parmi les autres en ce qu'il y occupe une place irréductible au rôle de dormeur, il est aussi désir de dormir.

Mais qu'en est-il de ce qui se passe entre lui et moi dans le même temps.

Je note alors qu'il semble avoir abandonné son syndrome d'automatisme mental et moi, qu'ai-je abandonné ?

Un peu de modèle médical au profit d'un modèle analytique, modèles ou défenses ?

L'un et l'autre, en ce que son désir a place dans le mien, mais quel est dès lors mon désir ?

L'expérience vécue montre que c'est au modèle médical que je me suis cramponné, tentant par les mécanismes du narcissisme réparateur-destructeur de démonter l'Autre, de le réduire à l'autre, c'est-à-dire au besoin que j'avais d'évacuer ce manque (2) en moi, ce non-sens où me plaçait le jeu des identifications.

J'ai tenté de l'empêcher d'être Autre au lieu où je tentais de réparer son désir avec la "fausse bonne conscience" de le comprendre alors que je ne désirais que le rendre identique à moi-même. Je niais le non-sens en moi comme si j'avais quelques difficultés de ce côté-là...

...

(1) Denis VASSE : Op. cité. P. 136
(2) Manque peut être entendu ici comme : Absence de l'Autre, Absence de présence.

C'est aussi ce que dit le modèle analytique, mais il néglige et parfois nie la démystification du modèle médical qui perpétue, répète à son tour qu'il s'agit de réparer le mal; ce mauvais désir, qu'il faut rendre sain, c'est-à-dire identique à celui du médecin puisque la médecine psychiatrique porte remède avant de savoir de quoi et comment elle en parle, puisqu'elle déparle. "Mon non-sens adapté, plutôt que votre non-sens désadapté", telle est la situation où nous laisse la formation psychiatrique que nous nous sommes donnée et que nous avons reçue.

Guérir le désir, guérir la vie, insuffler mon non-sens, sur-aliéner l'autre, masquer mon manque sous des apparences pseudo-scientifiques, ou par l'ordre social qui me mandate, voilà le danger.

M. SC... raconte que :

...ses troubles auraient débuté après le décès de son père. Cette dépression aurait pu être surmontée grâce à la lecture des ouvrages de D... Il a trouvé là l'explication de ses problèmes. Plus tard, il rencontre le Dr Z... qui pratique sur lui des séances de Training-Autogène et lui révèle des vérités sur la vie, sur Dieu et sur lui-même. C'est le seul en lequel il ait une entière confiance.

Je note à cette époque :

... Le récit est difficile, souvent interrompu par des questions ou des affirmations anxieuses à son sujet, marquant l'impossibilité où il est de décrire quelque chose qui n'ait pas un rapport direct avec son état. Cette préoccupation anxieuse incessante de lui-même donnant un flou et une imprécision extrême au récit.

(Et c'est bien là que mon désir insiste, perquisitionne, fouille ce qui du "Mal" en nous m'échappe.)

Plus tard, il vient à Lyon. Habitant chez sa soeur, il est traité dans différentes cliniques (Electro-chocs, cures de sakel...), puis à l'hôpital N... (neuroleptiques).

La soeur aînée, celle du discours du patient, apportera au cours

...

d'un entretien, le seul, quelques précisions :

La mère du patient serait décédée depuis 10 ans "écrasée par un trair, suicide ?"

Chez elle, son frère (le patient) écoute des disques vautré dans un fauteuil ou sur son lit, reste dans sa chambre, ne fait rien, n'aide absolument pas.

La soeur aînée nous demande aussi si son frère n'est pas ... elle cherchera le Nom, parlera à voix basse, je lui répondrai que je ne pense pas qu'il soit ce qu'elle pense qu'il est.

Avec M. SC... il est toujours question des merveilleux prodiges de la psychanalyse de D..., de sa peur de ressembler aux autres malades.

Je lui ferai remarquer qu'il dit qu'il a peur, peur des autres, peur de mourir. Mais la répétition qu'il opère sur le thème des merveilleux prodiges de la psychanalyse m'insupporte et, confondant contenu et contenant, je questionne et conseille :

"Vous devriez laisser de côté vos lectures psychologiques, votre cas n'est pas si grave que ça. (Attitude directive et de soutien... encouragements...)"

Sa réponse est alors double .

Ces lectures remontent à une époque de grande dépression et lui ont peut-être évité le suicide (ce en quoi la toute-puissance de la pensée et la pensée magico-scientifique protègent de la dépression.)

Par ailleurs, il questionne :

"Si j'ai peur, je ne suis pas comme les autres malades ?"

Je lui répondrai :

"Vous souffrez d'une névrose"

...

Il dira alors :

"Comme vous".

Nouvelle réponse :

"Si vous voulez, avec peut-être cette différence que la vôtre pose actuellement des problèmes importants."

Il répètera alors quelque temps :

"J'ai une névrose".

On voit qu'à confondre signifiant et signifié, j'ai pris la place de D... chez M. SC...

Je prends place en lui en y chassant l'Autre (1) et en m'y imposant, chassant ainsi M. SC... de moi-même. A la toute-puissance de sa pensée, je réponds par la toute-puissance du médecin. Mon "idéal du Moi" contre le Sien. L'ordre de la santé morale, le bien, la médecine, le savoir, le pouvoir, l'agressivité instituée de la "bonne conscience", contre celle de la "mauvaise".

Par un juste retournement de l'institution à l'homme, c'est le médicament, l'objet symbolique issu du modèle médical qui, circulant dans "l'entre nous " d'une relation trop fusionnelle, va permettre concrètement et symboliquement que persiste une différence, un Manque que le "comme vous" tendait à nier.

Cet objet, réel-concret, porteur d'un sens qui m'échappe en partie, laissant de ce fait une place à l'Autre, peut en me protégeant, protéger l'autre.

En une paradoxale contradiction, le symbole matérialisé qu'est l'an-

...

(1) Comme nous l'avons déjà dit, l'Autre existe en M. SC... mais n'y est pas reconnu. L'Autre doit être rapproché ici de "l'idéal du Moi" tel que l'aborde GRUNBERGER. Il s'agit en fait d'une ébauche d'Autre qui reste ici l'image phallique par trop inaccessible et décalée du Moi.

ti-dépresseur ne se laisse plus réduire au modèle médical qui l'institue.

Ce médiateur peut être un lieu d'articulation du désir et de la loi. Il est et il n'est pas ce que je dis de lui, il est et il n'est pas ce que l'autre dit de lui.

Il peut être ce troisième pôle qui ici et maintenant unit et différencie, il peut être ce qui permet et interdit, ce qui renvoit à l'individu et au groupe et ce qui ne se laisse réduire ni à l'un ni à l'autre.

Si ce que l'objet symbolique indique est une possibilité de désir, ici et maintenant, "le temps d'un désir au lieu d'un corps" (1), parmi d'autres désirs, il remplit cette fonction médiatrice, point d'articulation du désir et de la loi.

Cette case vide, cette place à prendre qu'indique le troisième pôle, porte cependant le piège que dénonce actuellement l'anti-psychiatrie, comme si elle pressentait avec angoisse que reprenant une place ici et maintenant, le "fou" perde cette place qu'il n'apas et par laquelle le "normal" peut venir contempler son propre manque en y faisant l'économie de le vivre.

Il y a cependant cet autre piège que nous tend (souvent à son insu) l'anti-psychiatrie. En dénonçant la conspiration du silence et la visée de l'idéologie dominante, elle en vient à imposer la folie.

A la loi toute-puissante, elle substitue le désir tout-puissant, elle est promesse et danger.

"... il serait tout-à-fait faux de croire, avec certains tenants de l'anti-psychiatrie, que c'est la société capitaliste qui sécrète la folie et qu'en changeant de société on verrait la folie disparaître. Celui qui rend responsable la société adopte la même attitude que celui qui accuse l'envoûteur ou la maladie de tous ses maux. L'un et l'autre projettent à l'extérieur ce qui est en l'homme." (2)

...

(1) Denis VASSE. Op. cité.
(2) André BOURGUIGNON. L'antidiagnostic. P. 168. L'antipsychiatrie. La NEF. N° 42.

Inscrivant à son actif "la crise institutionnelle ou crisanalyse" (1), la provocation institutionnelle, la remise en question, le séjour auprès du négatif, l'autogestion, les rapports de la politique et de la psychiatrie, l'aliénation sociale, elle en vient,en critiquant la violence au pouvoir,à nier ou à rationnaliser ainsi la sienne propre.

A refuser ou à imposer la remise en question, on oppose les présupposés mais le manque qui les sous-tend est éludé (rigidité) ou dénoncé (projection).

Fui ou provoqué, le manque n'est jamais mis en question. Peut-il l'être ?

Il semble apparemment que non puisque ce serait vouloir mettre en question l'innommable.

Cependant, la psychanalyse nous donne une clef quand elle nous dit que l'homme peut en avoir au travers de la perte d'objet, une idée.

Qui plus est, elle nous indique que le "fou" en est le dépositaire.

A travers le miroir, le "fou" nous renvoit l'image inversée de notre propre manque, le sens lui échappe comme le non-sens nous échappe, la toute-puissance de sa folie nous renvoit l'image de la toute-puissance de notre raison.

En dépassant le stade du Miroir, en renonçant à la mère au nom du père (le porteur de la Loi), le sujet accède à une possibilité d'articuler par la parole son corps au réseau symbolique, mais il accède parallèlement à la "norme" et à l'aliénation sociale qui est aussi sa propre limite.

Au niveau du Manque, il articule son désir à la Loi, mais dans l'espace où il y échoue, la toute-puissance illusoire de son savoir ou de son pouvoir vient en masquer le manque.

Aliénation mentale et aliénation sociale restent de part et d'autre

....

1) René LOURAU : L'analyse institutionnelle P. 289.

du miroir, c'est dans le désir fou de les unir et de les confondre, dans la loi folle de les séparer que transpire l'instinct de mort.

Pour sa part, M. SC... ne s'améliore plus, les entretiens se succèdent et, au bout d'un mois, il demande aux infirmiers qu'on le laisse un peu tranquille, qu'on ne lui pose plus de questions sur sa maladie.

Il me paraît très intéressant de noter que ce n'est pas le patient lui-même qui me dit cela. Il me le fait dire par un infirmier. J'ai institué un médiateur chimique, il institue un médiateur humain. Par cet intermédiaire, M. SC... indique à la fois une rupture et un lien. Il indique aussi que les limites d'une relation duelle peuvent déboucher sur une approche collective, que le soigné sait utiliser les maillons de la trame institutionnelle.

Un mois plus tard, M. SC... fait savoir, toujours par le biais des infirmiers, qu'il souhaiterait reprendre une relation avec les médecins du pavillon.

C'est à cette époque que je décidai de verbaliser, devant ses plaintes renouvelées, mon impuissance à le soigner tel que je l'avais envisagé au début. J'ajoutais qu'il existait d'autres médecins, d'autres manières d'envisager le problème.

Je fus frappé par le peu d'anxiété développé par cette attitude, le patient acquiesçait, baissant la tête et marmonnant : tant pis... si vous n'y pouvez rien.

Il semblait même feindre de ne pas trouver de plaisir à ce dire d'impuissance de l'autre. Les sourires,assez fréquents lors des entretiens précédents, avaient disparu, il paraissait affecté.

Je parlai de mon attitude au Dr P... qui décidait de prendre la même, disant que le groupe soignant était navré de cet échec.

Quelques semaines plus tard, au mois de juin, M. SC... questionne :

"Si je sortais, pensez-vous que cela m'aiderait à guérir ?... Le

...

fait de rester à l'hôpital ne m'aide plus actuellement, mais je n'ai pas la force, je me sens faible."

Je lui réponds qu'un autre anti-dépresseur plus puissant pourrait peut-être l'aider.

Parti un mois en vacances, j'apprends à mon retour sa sortie avec un traitement basé sur l'anti-dépresseur en question. Que s'est-il passé ?

Voici ce que disent les notes des infirmiers et mes notes personnelles :

le 2.7.69, installation de perfusions d'anti-dépresseur à 9 H.
Se sent très fatigué, mais le moral est meilleur.

le 3.7.69, perfusion à 9 H. Malade détendu, calme. Trouve que la perfusion lui fait du bien, son état s'améliore.

le 4.7.69, perfusion à 9 H. Il sent une nette amélioration de son état. Il ne pense plus à son mal. Il est détendu et son visage montre une expression de gaieté... Dès qu'il pourra travailler, il reprendra ses activités sportives, surtout le basket. A accepté d'aller en permission le samedi et le dimanche.

le 5.7.69, perfusion à 9 H. Les réactions sont moins bonnes, les idées lui reprennent. (A noter le rapprochement entre la décision d'aller en permission et la résurgence des malaises).

le 6.7.69, sensation de malaise, il dit que ses angoisses reviennent et demande ce matin un tranquillisant.

le 7.7.69, perfusion à 9 H.
Parti en permission samedi vers 16 H, rentre dimanche soir détendu, souriant, avec de bons coups de soleil. Bon contact pendant la perfusion, très bonne verbalisation. A ressenti, pendant la permission une émotion, une peur d'être bien au dehors. Il dit savoir pourquoi.

...

Cette peur est la conséquence de son état d'amélioration. C'est la peur de la sortie, peur de sortir d'un monde où, s'il était malheureux et souffrant, il trouvait du plaisir et surtout évitait les problèmes de la vie.
D'autre part, parle beaucoup d'études médicales à entreprendre et d'un besoin de se cultiver pour se rassurer, refuser sa condition sociale de tourneur et se sentir fort par rapport aux autres.

le 10.7.69, ... très bons contacts.

le 12.7.69, bon moral.
Relai par l'anti-dépresseur administré par la bouche.

le 18.7.69, actuellement très bons contacts... A aucun moment, ne parle de fatigue, d'angoisse ou "d'idées folles". Il se trouve en pleine forme, pense partir en vacances au mois d'août, il semble qu'il fait trop de projets.

le 19.7.69, d'après lui, il n'est plus malade, je l'ai trouvé ce matin en train de chanter, il n'a plus de rêves mauvais, parle souvent de sortir.

Deux jours après ma reprise de service, et quelques jours après sa sortie de l'hôpital (le 28.7.69 avec cet anti-dépresseur et un tranquillisant) il vient me rendre visite. Il entre dans mon bureau hilare, parlant beaucoup, mais une grande partie de son discours reste entre ses dents. Il vient surtout m'expliquer que je me suis trompé. Il lit actuellement les merveilleuse guérisons du Dr G..., me demande si je connais l'ouvrage, m'explique le procédé infaillible de guérison par l'application de certains produits dans le nez (1), me conseille le livre, celui-ci m'aidera vraisemblablement dans mon travail. Il dit ne pas m'en vouloir, comprendre que je n'ai pu arriver à le guérir et m'apporte le moyen de comprendre les cas de son genre. J'écoute ses conseils comme il avait quelque temps auparavant écouté les miens. Je lui dis aussi que l'état d'euphorie dans lequel je le trouve ne me paraît pas pleinement satisfaisant.

Un pas important a été franchi. Délogé de sa place de dormeur par

...

(1) A l'hôpital N... M. SC... se plaignait d'hallucinations de l'odorat (mauvaises odeurs).

les perfusions d'anti-dépresseur instituées par le Dr P..., le patient envisage sa place à l'extérieur. L'inversion d'humeur n'en conserve pas moins la toute-puissance de la pensée.

De la psychasthénie, de la dépression et des auto-tourments où il était, à la névrose d'échec transférentielle et contre transférentielle, en passant par la névrose d'angoisse où il se situe, par le délire d'auto-observation où nous pourrions le ranger, il en vient à la névrose de réussite, au moment où il peut parler de l'érotisation de sa souffrance se déversant en discours, se répandant en paroles en une fête maniaque où il dévore le monde. L'objet est surinvesti tandis qu'il lutte contre la dépression. Il est exorcisé. Du moins, son désir est-il tourné vers l'objet ici et maintenant, son agressivité est au service de son Moi tandis qu'il nous impose sa conception du monde.

Narcisse entrevoit l'Autre en lui, ce en quoi il n'est plus tout-à-fait Narcisse, mais il doit l'imposer à l'Autre dans le monde, le réifier, le réduire à l'autre, ce en quoi il est Narcisse adapté au monde.

La loi qui le séparait répétitivement du monde, qui lui interdisait de désirer l'objet dans une érotique de la culpabilisation, est transgressée, et sa raison toute-puissante tente de prendre le pouvoir. Il dit qu'il sait et tente d'imposer au monde ce savoir.

Il est passé de la grande famille des "ifs" à celle des "iaques". Il tente de réparer le monde en y prenant place nouvellement. Sans doute, sa rumination, son apathie, ses symptômes proches du sentiment d'infériorité des organes d'ADLER, sa timidité, son angoisse répétitive et répétée, sa désintrication pulsionnelle, sa régression de l'acte à la pensée magique, son automatisme mental symbolique, sa phobie du contact, son impuissance, ont basculé dans le monde en leur contraire, où la toute-puissance d'un savoir, d'une raison, d'un pouvoir, d'une aciivité, d'une adaptation au monde est le tribut que Narcisse paye à la collectivité pour y prendre place.

L'agressivité de M. SC... est non seulement adaptée à son Moi, mais aussi adaptée au monde.

...

Il a franchi l'étape qui consiste à ne plus être réifié, à ne plus se réifier soi-même, mais à réifier le monde, à le réparer en s'imposant à lui, à l'adapter à lui-même en s'adaptant à lui.

A ce point, il faut tenter d'examiner l'institution.

Le Dr P..., médecin-chef du service, qui a introduit les perfusions pendant mon absence, celle de l'interne du pavillon, a pris la décision de laisser sortir le patient sans en parler avec l'interne. De son côté,l'Interne,devant le fait accompli, n'a pas exprimé son désaccord avec le Dr P... Le fait est là, les hommes qui occupent les cases institutionnelles n'ont pas exprimé leurs divergences de point de vue, le Manque n'a de ce fait pas été réintroduit.

Le troisième pôle ne s'est donc pas dégagé. Un sens, qui n'appartienne en propre ni au patient, ni au Dr P... ni à moi-même, mais qui puisse, par la rencontre des trois protagonistes, être libéré et saisi, est resté masqué, inexprimé.

Lorsque l'homme institué et instituant ne peut plus transmettre et confronter le sens dont il est porteur (1) à l'institution, quand il la prive d'être ce réseau symbolique où s'articulent désir, Manque et Loi, il la laisse ou la rend aliénante, c'est-à-dire doublement aliénée (2).

...

(1) Il faut entendre ici cette impossibilité à deux niveaux qui s'interpénètrent sans se confondre. Il s'agit du niveau organisationnel externe (projeté) par exemple l'organisation pyramidale totalitaire et du niveau organisationnel interne par exemple déficit narcissique du soignant.

(2) L'Aliénation sociale a cette caractéristique particulière et troublante d'être non seulement aliénation, mais encore organisation rationnelle de l'aliénation.

HAPITRE III - PROLONGEMENTS

Après sa sortie en juillet 69, M. SC... s'installe dans la ville C..., reprend son activité de tourneur qu'il conserve neuf mois.

Rechute à l'occasion d'une dispute avec son frère aîné, il aurait été giflé (ce corps à corps renvoit à la loi, mais n'en permet pas l'utilisation, comme neuf mois plus tôt elle ne s'était pas donnée à entendre).

Fin avril 1970, vient voir le Dr P... pour une nouvelle hospitalisation dans son service.

"Problème de secteur", le patient est adressé à l'hôpital S... dont il dépend (1) désormais.

Reprise personnelle de contact avec lui, alors que je suis au service militaire. Angoissé, me fait part de son désir de retourner à l'hôpital V..., de la compréhension, des qualités du Dr P...

A l'hôpital S... une cure de sakel est entreprise, avec elle un arrêt d mes visites est décidé (unilatéralement), je n'insiste pas.

Sa demande de prise en charge est entendue, il est le fils schizophrène de la mère schizophrénie. Il prendra vingt kilogrammes pendant cette cure si bien qu'à l'occasion des rares visites que je lui rends pendant l'année 70, je rencontre un personnage au corps bizarre, très volumineux, entouré de vêtements grisâtres et surmonté d'une petite tête bouffie. Je suis en face d'un chronique.

A ce doute angoissé que M. SC... émettait quant à son identité, à la question qu'il posait aux autres :

"Suis-je objet ou sujet ?" (2)

...

(1) Je souligne ici le terme car par la suite il prendra une signification psychique et institutionnelle.

(2) Serge LECLAIR : La mort dans la vie de l'obsédé. La psychanalyse. P.U.F. 2. Mélanges cliniques.

puisque son Moi s'y trouvait suffisamment inopérant, qu'ont répondu les différentes Institutions ?

A l'hôpital N..., M. SC... est un psychotique aigu exclu... pas de doute.

A l'hôpital V..., après une tentative de soins, M. SC... est un homme administrativement exclu, pas de doute.

A l'hôpital S..., M. SC... a retrouvé une identité qui n'est pas la sienne, il est un schizophrène inclus.., plus de doute.

"Je voudrais retourner à l'hôpital V..., là-bas il y a des gens, je pourrai peut-être m'en sortir, je suis fatigué, j'ai mal à la tête..."

Ce discours est souvent répété, est-ce ma présence qui l'entretient ? Je rencontre le Dr C..., médecin-chef du service où se trouve M. SC... Il ne voit pas d'objection à son transfert à l'hôpital V... Aprés tout,dit-il, il arrive bien qu'un malade qui ne se plait pas dans telle clinique puisse être valablement soigné ailleurs, un changement d'air...

Le Dr C... malade est remplacé temporairement par le Dr B... Celui-ci ne partage pas l'opinion de son prédécesseur. Il a un projet pour M. SC... de centre d'apprentissage au bord de la Méditerranée. Il accepte que je vienne voir le patient tous les quinze jours (1).

Depuis quelques mois, M. SC... maigrit et répète qu'il ne peut rien faire, ni sport ni travail. Il explique qu'il supporte mal l'ambiance de l'hôpital S...

"Ce sont les curés qui commandent ici, moi je suis athée, que voulez-vous..."

Parle souvent du kinésithérapeute et ses séances de training autogène raconte dans le détail comment ce spécialiste le comprenait, comme il était intelligent.,le Dr P... lui apparait aussi comme un bon Docteur.

...

(1) Je pense qu'on aura compris qu'à l'hôpitalS... il n'est même pas question d'envisager le problème d'une divergence de points de vue. Le manichéîsme unipolaire et pyramidal n'y souffre d'aucune imperfection.

" Il prête sa voiture aux infirmiers."

Le 2 Juin 1971 : Vient de passer en service fermé. "Il n'y avait plus de place là-haut, on m'a demandé de descendre."

Le 17 Juin 1971: Il m'explique que dans le service où il est actuellement, ne peuvent sortir que les malades qui travaillent qu'il y a des cellules et que les infirmiers frappent les malades. Plus personne ne vient le voir, il n'a même pas le courage de se tuer, ne mange plus. Il ne peut supporter cette ambiance, mais ne peut reprendre son métier de tourneur (1). Il aurait voulu être médecin, faire des études. Il envisage de prendre plus tard un emploi de bureau.

Nous parlons de la mort de son père (maladie cardiaque) père qui selon lui, ne s'entendait pas avec sa mère et avec lequel il ne s'entendait pas mais qu'il aimait bien. (Dissociation des affects et du sens ?). Son père voulait qu'il jardine avec lui, lui préférait les études. Nous parlons de la mort de sa mère, comment, alors qu'il était en classe et qu'ayant su que quelqu'un s'était fait écraser par le chemin de fer, il avait senti que c'était sa mère quand le maître le fit appeler. Il pleure à l'évocation de ces souvenirs.

Il demande encore à être aidé, il faudrait que quelqu'un le pousse un peu, fasse le premier pas, alors il s'en sortirait peut-être en retrouvant des jeunes à l'hôpital V...

Après avoir hésité longtemps, je lui dis que je ferai mon possible pour cela, lui demandant de faire de son côté des démarches auprès du Dr C... rétabli de sa maladie.

...

(1) On voit ici le point de rencontre entre Aliénation sociale et Aliénation mentale. La seconde résiste à la première.

Pendant que je prends contact avec le pavillon du Dr P... (1) qui pourrait le recevoir, M. SC..., après une rixe avec un infirmier du service fermé, retourne à l'étage supérieur.

C'est donc un nouveau corps à corps qui le propulse vers la sortie de l'hôpital S... et la réadmission à l'hôpital V... en septembre 71.

Après sa réadmission à l'hôpital V..., je ne le verrai qu'une ou deux fois jusqu'en février 72. C'est le groupe soignant du pavillon du Dr P... et l'interne B... qui le prennent en charge.

J'ai l'occasion, au cours d'entretiens avec l'interne B..., de me rendre compte qu'il vaut mieux que je me "tienne à distance" pour le moment. L'interne B... semble partager certains points abordés dans ce travail. Il reprend le traitement anti-dépresseur et offre une écoute au patient. Deux mois après sa nouvelle hospitalisation, M. SC... vient me trouver dans mon nouveau service. Je le trouve à nouveau logorrhéique, hilare, guéri...

Il me dit vouloir sortir, travailler. Je réponds alors que je pense qu'il est trop tôt pour qu'il sorte, que moi, je ne suis pas d'accord avec lui. Cependant je pense que c'est aussi à lui et aux soignants de son pavillon d'en décider.

De mes contacts avec les soignants de son pavillon, il ressort que M. SC... est vécu comme fragile et cyclique, il passerait par des périodes dépressives et hypomaniaques, les contacts avec lui sont difficiles.

En janvier 72, reprise personnelle de contact avec M. SC... alors que vient de s'effectuer le changement d'interne du pavillon.

Le 9.3.72, je note : troisième entretien depuis trois semaines, demande à sortir, dit que l'hôpital ne lui apporte plus ce qu'il demande, au contraire, la vision des autres malades et leurs problèmes qu'il connaît ne font qu'augmenter ses

...

(1) Le Dr P... est bien sûr d'accord pour sa réadmission.

troubles. Il m'apprend qu'il connaît depuis quelques mois une aide puéricultrice. Dimanche, il doit aller au cinéma avec elle.

"Ce n'est plus à des hommes qu'il faut que je parle, mais à elle que je me confie, j'ai 26 ans, je dois penser à fonder un foyer".

Après un échange lors d'une rencontre avec les soignants de son pavillon (1), sa demande de sortie est acceptée. Le groupe soignant convient que M. SC... est toujours "fragile", mais que son institution n'a peut-être plus grand-chose à lui apporter actuellement.

Le 4.4.72 : Après sa sortie, nouvel entretien. A arrêté son traitement chimique en partie, à la suite d'une crise de plafonnement (le nouvel interne du pavillon lui avait prescrit des neuroleptiques...)
Les thèmes habituels reviennent, répétition du même et cependant déjà, promesse de changement. C'est la chance d'avoir rencontré ce kinésithérapeute qui lui a dit que Dieu n'existait pas, mais parle alors d'un sentiment de culpabilité alors qu'il était jeune, après avoir perdu sa mère. Il sait maintenant que c'est ce sentiment de culpabilité qui est à l'origine de ses troubles, de sa névrose d'angoisse. Ses lectures lui ont permis de comprendre l'inconscient et les complexes qui doivent être dissociés (2) de l'intelligence. Un médecin peut être intelligent et complexé et cela se voit devant une fille par exemple. Parle de la psychanalyse, de la neutralité, de la position d'écoute et de silence, de son désir d'être médecin, dit ne pas vouloir rester à l'usine car on ne peut pas parler, pas communiquer.
Il me demande s'il peut manger aujourd'hui dans son ancien pavillon. Coup de téléphone. C'est d'accord. Il va chercher du travail à Lyon cet après-midi.
Il parle, il parle, il rit, il parle... Il répète, il sait,

...

(1) Ici c'est l'infirmier chef qui tient lieu de troisième pôle.
(2) La dissociation apparaît maintenant dans le texte.

il explique et tente de me convaincre. Il dit qu'il sait l'origine, mais se disant, il cherche symboliquement son origine. Il parle de ce sentiment de culpabilité qui est sien, mais aussi de ce sentiment qui est à l'origine... son désir est désir de sens.
Dit en fin d'entretien "je parle trop".

Le 11.4.72, Parle, rit beaucoup, dit qu'il va trop bien. Parle de son travail, du métier de psychologue qu'il aurait aimé faire. Le Dr P... lui aurait dit de prendre son traitement s'il ne voulait pas rechuter.

Le 20.4.72, Me remercie de l'avoir fait sortir de l'hôpital S..., trouve qu'il va mieux. Sur ma demande, il précise ce problème d'hallucinations de l'odorat qu'il présentait à l'hôpital N... Il dit qu'il était certain à l'époque d'odeurs mauvaises et associe avec les odeurs pharmaceutiques et les odeurs de l'usine.
Il ne souhaite pas reprendre un travail en usine car, dit-il, la rentabilité est le seul objectif et l'isolement ne convient pas à ses problèmes.
Je lui reparle de ce sentiment de culpabilité qu'il voit à l'origine de ses troubles. Il associe alors avec le problème de la croyance en Dieu qui, selon lui, alimente ce sentiment de culpabilité, d'où l'importance de ce kinésithérapeute qui lui aurait expliqué l'importance de l'homme et conseillé de laisser tomber ses problèmes métaphysiques.
Il me demande alors de lui donner la définition de la folie et comme je ne réponds pas immédiatement, il me donne la sienne.
"La folie, c'est quand on a tout perdu sauf la raison".
Il associe alors avec une histoire qu'il a lue :

"La planète était au début des temps recouverte d'eau, puis l'eau s'est rée, les poissons qui constituaient alors la faune ont dû s'adapter aux elles conditions de vie (Histoire du coelacanthe et des pêcheurs noirs) pouvoir survivre."

....

Il pense que c'est là qu'il faut rechercher pour comprendre les origines de la vie et non dans la religion et Dieu.

M. SC... cherche son origine dans le monde par la métaphore et la phylogénèse. Il est lié à l'objet et à ses origines par la connaissance qu'il en a et cherche en même temps en quoi il peut s'originer d'autre chose que de lui-même.

La démarche symbolique où s'inscrit ici M. SC... est celle de l'affirmation d'une parthénogénèse ou, en tout cas, d'une biogénèse originelle s'articulant à une (dé)négation spirituelle.

Il est dans la nécessité de maintenir une opposition, un clivage entre une affirmation métaphorique et une abolition symbolique.

On peut reconnaître dans ce texte une mère phallique et la forclusion du nom du père.

Quelle que soit la grille interprétative utilisée, le problème sous-jacent de l'angoisse de castration et/ou de morcellement se donne à lire et M. SC... à entendre.

Je pense qu'il n'y a pas de changement de la structure de M. SC... et que son déficit narcissique originel reste le même, cependant, il s'inscrit maintenant dans l'ordre d'une progression possible (1).

Ce qui était forclusion du symbolique est maintenant abolition symbolique.

Ce qui réapparaissait dans le réel, réapparaît maintenant dans le texte.

M. SC... est maintenant le lieu d'une parole dont il s'origine et qu'il transmet (2), il n'est plus tenu de répéter dans une érotique de l'auto-

...

(1) Je pense qu'il s'agit là de l'intérêt de l'hospitalisation lorsqu'elle permet par son dynamisme tripolaire, la réintroduction du Manque.
(2) Il est le lieu d'une parole, même s'il l'utilise pour la dénier car ce n'est plus elle qu'il dénie réellement, mais le manque, le non-sens, la mort en lui.

agressivité ce qui sépare. L'interdit de l'inceste par où la régression, le retour fusionnel à la mère est rendu impossible, est accepté dans le réel dès lors qu'il est symboliquement rejeté.

Ce n'est plus l'objet (1) que son désir convoite et s'interdit, mais un désir de le connaître qu'il entreprend. Son désir émerge (il n'est plus un poisson dans l'eau... qui l'étouffe) et l'Autre en lui quand il renonce à la possession de l'objet, quand il renonce à être le réel.

Son désir au lieu du Manque, s'articule à la loi.

Il ne cessait de donner de réponses sur lui-même, oblitérant "le champ indéfini de la découverte de lui-même jusqu'en la question de son origine..." (2).

Il cherche maintenant en la déniant symboliquement ce qui de la loi renvoit au sens.

Il n'est plus le lieu du désir du manque, c'est-à-dire du désir de l'objet qui se dérobe en une satisfaction qu'il convoite et qui ne lui appartient pas.

La mère à laquelle il renonce en s'intéressant au monde qui la signifie, n'est plus le lieu d'une rivalité réelle au père, c'est-à-dire de la nécessité de le tuer pour pouvoir jouïr de son objet.

M. SC... se défendait par la répétition érotisée de l'interdit, de son désir incestueux. Le décès du père devait amener la décompensation dépressive en une sorte de cautionnement du fantasme destructeur.

Le désir de M. SC... et, avec lui, les pulsions agressives qui le répétaient, étaient meurtriers et rejoignaient l'instinct de mort dans la mesure où la satisfaction ne pouvait être obtenue que dans l'anéantissement.

...

(1) L'objet peut être entendu ici comme la mère dans toute sa problématique au père et à l'enfant. Il renvoit donc au réel et à la question des origines.
(2) Denis VASSE. Op. cité : P. 135.

En ce sens, M. SC... rejoint certains héros de légende pour lesquels l'Amour n'est possible que dans la mort.

La position de régression narcissique témoigne d'un manque, mais aussi d'un désir et d'une lutte contre ce désir. La loi, réduite à l'interdit qu'il s'impose (grâce à l'identification au père), lui permet dans une érotique de l'auto-agressivité, de ne pas agir son désir destructeur.

Ainsi, la régression de l'acte à la pensée, la pensée toute-puissante et magique, sont-ils des moyens de défense contre le désir du manque.

"Les défenses secondaires font disparaître l'angoisse et même parfois les symptômes, en érotisant les processus de pensée qui sont en oeuvre dans l'annulation, les rituels et les diverses expressions de la pensée magique, et qui constituent le seul mode de protection contre le ça. Le Moi en est réduit à trouver sa satisfaction dans les symptômes qu'il produit. Ces gratifications indirectes que le Moi s'octroie sous la cruelle pression du Sur-Moi montrent combien ce dernier est gagné lui-même par la régression sadique qui affecte la libido. Ce combat qui se produit sans repos et qui tourne toujours plus au désavantage des forces refoulantes, ne s'entretient que du plaisir masochique dont s'alimente le Moi de l'obsessionnel..." (1)

Tentons de reformuler encore une fois le problème de l'origine possible des troubles de M. SC...

Nous avons vu que ce patient dans une position à la fois psychotique et anti-psychotique, tentait de s'originer de lui-même. Pourquoi ?

La psychanalyse répond à plusieurs niveaux, nous en retiendrons deux. D'une part, elle évoque la position fantasmatique du sujet aux différents stades de son développement : position passive puis cannibalique du stade oral, position ambivalente, manipulatoire, projective et identificatoire du stade anal, position revendicatrice, mégalomaniaque du stade phallique (c'est ici, je pense, qu'il faut voir une fixation de ce patient avec régression au stade antérieur) et remise en jeu triangulaire au stade

...

(1) Obsessions et psychonévrose obsessionnelle.
A. GREEN. E.M.C. 5. 1965 - 37.370 A10.

oedipien avec acquisition, par la liquidation du complexe du même nom, de la position de sujet social.

D'autre part, elle renvoit aux notions de traumatisme, d'absence de confirmation narcissique originelle, aux positions de mère phallique, ce sont des mères dites exemplaires (1), femmes "normales" qui sacrifient tout à leurs enfants, mères possessives, castratrices, pour lesquelles le futur sujet n'est qu'un appendice (phallique) qui doit dépendre d'elles et dont elles ne peuvent se séparer, aux positions de père absent, ils ne sont plus porteurs de la loi.

Ces parents "normaux" souvent parfaitement adaptés, que certains auteurs qualifient de pervers en ce qu'ils font comme s'ils étaient sujets de la loi pour l'éviter, seraient inconsciemment mais réellement à l'origine des troubles psychotiques de leur progéniture.

En d'autres termes, les psychotiques sont "coincés" dans la scène primitive et ils s'y "coincent". Ils désirent répétitivement le trou, le vide, l'absence, le manque, le néant, le non-sens dans leur corps et répètent compulsivement la loi qui interdit ce désir.

Le fou témoigne de ce qu'il y a de mortifère en l'homme en nous le présentifiant.

Ce vide, ce rien, ce manque du Manque dont est porteur le psychotique, c'est aussi avant lui, une rencontre parentale qui n'est pas référée à la parole, une scène primitive dont le sens et le futur sujet sont absents.

Le trou qui remplace chez le psychotique le nom du père (2), c'est aussi ce qui l'oblige à n'avoir de désir qu'incestueux, c'est-à-dire un désir sans objet puisque la castration est vécue dans le réel, loi sans Nom.

Le trou qui précède la folie,lui donne naissance et ainsi la révèle,

...

(1) F. DOLTO. Psychanalyse et Pédiatrie. P. 116.
- BONNIER-LESPIAUT.

(2) Le nom du père peut être entendu comme l'identité transmise par l'irréductibilité du sujet (3ème terme) au double désir qui lui donne naissance et qui ne peut être envisagée par le sujet que symboliquement. Elle présuppose que le sujet soit symboliquement compris dans l'acte qui lui donne naissance.

est ce qui, du désir des géniteurs, exclut le futur sujet.

Le Fou témoigne de son inexistence de sujet dans le désir de ses géniteurs.

La place de l'Autre dont le fou est originellement exclu sera celle qu'il revendiquera ou niera en perpétuant l'exclusion qui l'en chasse. Pour le psychotique, il n'y a pas d'Autre puisqu'il n'est l'Autre de personne.

Ceci nous ramène à notre point de départ. Nous avons vu que la médecine et son système sont orientés, organisés pour comprendre et combattre le mal organique, ce qui du corps de l'homme se retourne contre lui-même ou contre les autres, l'agent causal y est souvent repéré, démystifié, parfois traité, prévenu, le savoir y est opérant. Il existe une articulation repérable entre le nom et la chose nommée et le savoir vient naturellement mais tout autant culturellement s'inscrire dans la déhiscence où ne se réduisent pas l'un et l'autre, pour tenter de la comprendre davantage.

Le désir de soigner, le narcissisme réparateur, s'articulent ici avec l'agressivité nécessaire à l'acte thérapeutique qui est aussi l'art d'agresser l'autre au lieu de son mal.

Mais, dès qu'il est question de ce narcissisme réparateur, de son intérêt et de ses limites, la médecine cesse de répondre et c'est l'impasse de la médecine psychiatrique qui se perpétue de nos jours sous la forme hautement manichéenne et aliénante de l'électro-choc (médiateur qui n'a d'autre finalité que lui-même, pseudo-science qui ne renvoit qu'aux apparences et qui clôt définitivement par la machine le discours de l'homme).

La psychanalyse vient soulever le voile du système psychique, de son développement, de son économie, de ses instances et de ses dysfonctions, elle renvoit à une causalité humaine.

BERGERET parle, dans les déterminismes de la psychose, de "l'objet toxique psychotisant" (1) et, plus loin, des "hypernormaux" comme moyen défensif d'aménagement des "états limites" (2). "Le mal" est repéré chez

...

(1) BERGERET : Les Etats limites. P. 608. R.F.P. 4 Tome XXXIV Juillet 70.
(2) BERGERET : Op. cité. P. 624.

l'homme, dans son articulation à l'homme. L'homme "normal" peut être toxique pour l'homme.

Le modèle analytique, par les techniques, les théories qu'il propose, ne dépasse cependant pas les problèmes de l'homme-individu.

Les problèmes des groupes, de l'ordre social, les dimensions sociologiques et institutionnelles le comprennent plus qu'il ne les comprend.

Le modèle sociologique tente, lui aussi, de repérer le mal au niveau collectif. Selon les écoles et les idéologies, il débouche sur des dysfonctions de la communication ou sur la remise en question des rapports de classe.

L'anti-psychiatrie dénonce la "normalité" répressive. Elle tente une fois de plus de prendre la place du Fou pour pointer la violence originelle qui le constitue.

L'Homme voit ici son inconscient tellement "mauvais", ce qu'il entrevoit de lui-même est tellement insoutenable qu'un nouveau compromis est adopté.

La critique est diffuse portant sur la société, sur les rôles, les organisations bureaucratiques, policières, bourgeoises, psychiatriques, économiques...

Le mal est localisé dans le système. Le système est malade et/ou mauvais. Il est extérieur encore une fois à l'homme, il lui est imposé par le groupe, la loi, la tradition, l'économie, l'institué. Il le traverse, le pénètre et l'aliène.

Derrière le procès du système, se cache l'homme, celui qui le dénonce et celui qui le perpétue.

Derrière le système, il y a l'homme qui, traversé par lui, le modifie en retour.

Instituer une prise en charge, une thérapeutique quelconque, c'est

...

aussi accepter qu'il y ait de la folie dans celui qui "soigne", mais que cette folie s'inscrive justement quand le désir de soigner insiste et s'impose, alors que l'Autre est occulté, que l'inconscient de l'homme détruise quand, n'entendant plus l'Autre en lui, il en vient à imposer à l'autre l'image (1) qu'il en a dans un système quelconque où il l'aliène en s'aliénant lui-même, voilà qui ne peut plus rester inconscient.

M. KLEIN (2) dit que l'envie est une manifestation sadique orale et sadique anale des pulsions destructives, qu'elle intervient dès le commencement de la vie et qu'elle a une base constitutionnelle, bien qu'influençable par les conditions extérieures.

L'envie de soigner, substitutive de désirs plus anciens (Destruction-réparation du sein maternel) pointe ici son ambivalence originelle. Le savoir-pouvoir soigner renvoit aussi à l'envie de ce savoir-pouvoir.

"L'enfant voudrait être débarrassé de ses pulsions destructives et de son angoisse persécutive" (3). Selon les possibilités des géniteurs, le mauvais objet (sein) sera possible ou non, permettant ou interdisant une défense contre l'angoisse primordiale (4), grâce à la tendance au clivage normale à une certaine époque de l'enfance.

C'est cette même tendance au clivage que nous retrouvons au pouvoir dans des institutions historiques et actuelles telles que l'Armée, l'Eglise (5) ou l'hôpital psychiatrique. S'agirait-il de fixations collectives ?

Aux états limites de BERGERET, dont les mécanismes de défense sont, selon l'auteur, le clivage et le déni, nous serions tentés d'adjoindre le concept "d'Institutions limites" (6)

...

(1) C'est-à-dire le trou dans sa propre image spéculaire.
(2) M. KLEIN. Envie et gratitude. Avant-propos. Gallimard.
(3) M. KLEIN. Op cité P. 25.33.
(4) L'Angoisse primordiale, selon M. KLEIN, est représentée par la menace d'anéantissement par l'instinct de mort au-dedans.
(5) S. FREUD. Deux foules artificielles : l'Eglise et l'Armée P. 104. Essais de psychanalyse. Payot. 1948.
(6) Ceci suppose déjà qu'elles ne soient plus totalement aliénantes.

Ce n'est peut-être pas le hasard que des auteurs comme WOODBURY,(1) RACAMIER (2) ou LOUREAU renvoient à des concepts comme ceux de cure des scissions, d'Institution à soigner ou de transversalité.

Dans mon expérience de soignant, j'en suis venu, à partir des "erreurs enseignantes", à tenter de comprendre comment des hommes aux institutions, le mal circulait.

Seuls des hommes ou des modèles me sont apparus dangereux, ceux qui, imposant ou niant quelque chose ou quelqu'Un masquaient ainsi leur incomplétude narcissique et occultaient une possibilité de sens.

Les solutions qui consistent à "réadapter" le fou comme celles qui consistent à désadapter le "normal" portent en leur sein le même manque et la même violence.

La solution (ni bonne, ni mauvaise) que je propose, celle du troisième pôle, ou d'une place possible pour l'Autre au sein de l'institution, n'est en soi pas très nouvelle, redécouverte par le biais d'un vécu, d'une rencontre, de connaissances transmises, d'un sens perdu par les âges classiques et modernes.

"De nos jours, la folie se tait dans un savoir qui, de la trop connaître, l'oublie..." (3)

La place que peut prendre le fou ici et maintenant en étant délogé de la toute-puissance de sa folie est aussi celle que doit perdre ici et maintenant l'homme en étant délogé de la toute-puissance de sa raison.

La place de l'Autre est celle où le sujet échappe à mon savoir et au discours que je tiens sur lui.

C'est par la place qu'il occupe en nous, que le fou peut être sujet de thèse, par ce que nous explicitons de lui, il n'est qu'objet de connaissance.

...

(1) WOODBURY. L'Equipe thérapeutique. L'information psychiatrique. 1955
(2) RACAMIER et col. Le Psychanalyste sans divan. Payot.
(3) Michel FOUCAULT. Op. cité. P.11

Le Fou est la vérité pour n'en avoir pas. Nous qui avons renoncé à l'être,que faisons-nous de la nôtre ?

Le 10.5.72 : Nouvel entretien :
M. SC... vient me rendre visite, la fleur à la boutonnière et le sourire aux lèvres. Il me dit qu'il cherche du travail sur Lyon et qu'il a retrouvé sa guitare. Il dit qu'il veut devenir chanteur, apprendre le solfège, jouer en soliste, s'accompagner et chanter des chansons sur son histoire, par la suite il entrera dans un groupe. Il dit aussi avoir consulté un médecin qu'il avait vu six ans auparavant et s'être fait prescrire du surmontil... (l'intentionnalité de ce discours est bien entendu celle que je lui prête, souhaitant montrer comment M. SC..., par le biais de l'anti-dépresseur,renoue et en même temps ne se réduit plus à notre relation initiale.)

Le 29.5.72 : Vient me voir après un coup de téléphone le matin dans le service.
Il me présente des papiers imprimés relatifs à la carrière d'infirmier psychiatrique à l'hôpital V... Il a su également que le Dr P... avait été opéré, lui aurait rendu visite en lui demandant son avis à propos de cette carrière.. Ce dernier lui aurait dit de venir m'en parler, Ce qu'il fait.
Je lui fais remarquer qu'il n'y a pas si longtemps il ne désirait pas avoir de contacts avec les "malades", que par ailleurs, il me paraissait prudent de prendre son temps avant de décider et qu'enfin il fallait consulter les lois administratives car je pensais qu'une personne antérieurement traitée dans un hôpital psychiatrique ne pouvait être soignante dans le même hôpital.
A cette argumentation il est répondu que tout va bien actuellement et que le contact des "malades" ne lui procure pratiquement plus aucun trouble, qu'il n'a pas renoncé à la mécanique et qu'il est seulement venu demander un avis et se documenter.

...

Ensuite, évoque à nouveau le métier de psychanalyste, "le plus beau métier du monde", lui-même comprend ce que les autres ont mais ne peut pas toujours leur communiquer.
S'il était infirmier, il aiderait le médecin, mais pour être infirmier, il ne faut pas être trop sensible. Longs développements sur la sensibilité, le yoga, le Dr G... et sa méthode, l'homéopathie, peut-être se fera-t-il psychanalyser, mais ça coûte cher.
Ce qui est nouveau, c'est son attitude, ouvertement critique à mon égard relativement à nos relations antécédentes.
"Vous cherchiez trop à comprendre les malades, le Dr P... lui, comprenait plus vite, il s'agit peut-être d'un peu de timidité de votre part, mais ce n'est pas grave, le Dr B... est en avance sur vous, il comprend bien, me voyait deux fois par semaine".
Mais maintenant, dit que je comprends bien aussi et pourrais faire un bon psychiatre. (je souligne ce mot car, dans le discours de M. SC..., la tonalité y insiste).
Dans le jeu des identifications qu'il opère, le psychiatre rejoint la psychologie superficielle, celle contre laquelle il formule des souhaits inconscients, destructeurs, par opposition à la "psychologie des profondeurs" ou au yoga où vient se situer son idéal du Moi.
Je me réfère aussi, dans l'interprétation que je donne, à une lettre dont la problématique renvoyant à son frère cadet, n'est pas abordée dans ce travail.
"Comme toujours, je vous souhaite de brillantes études en psychiatrie", dit-il à la fin de cette lettre en soulignant le mot.
Je lui dis qu'effectivement sa critique me paraît justifiée et qu'elle peut peut-être m'aider et l'aider lui-même.

Le 8.8.72 : M. SC... dit être parti en vacances sur l'invitation

...

d'une de ses soeurs en Sicile.
(Les parents de SC... sont originaires de Sicile et sont venus s'installer en France alors que SC... était enfant).
Il aurait participé à la vie des champs et mangé le pain et les fromages faits à la ferme.
Dit vouloir continuer dans la mécanique et en vient assez vite à me reparler de psychologie des profondeurs.
Rit pour m'avoir donné un cours qui, selon lui, vaut cher.
Parle de promotion, être chef d'équipe en mécanique est mieux payé qu'être infirmier psychiatrique.
"L'idéal" c'est le métier de psychologue des profondeurs mais il faut le bac et il a arrêté ses études en quatrième, après le décès de sa mère.
Mon impression est qu'il va mieux et que les vacances aux sources n'y sont peut-être pas étrangères.

Le 11.9.72, M. SC... vient, comme à l'accoutumée, me rendre visite sans prévenir.
Il dit travailler comme tourneur à Lyon et espérer trouver une place mieux rémunérée. Il aurait acheté une télévision après avoir hésité avec l'achat d'une automobile.
Dit avoir vu les jours précédents un film télévisé sur la psychanalyse, me parle de la psychanalyste qui avait compris que son patient souffrait d'un sentiment de culpabilité.
Lorsque je lui demande de me préciser à quoi ce sentiment se rattache dans le film, dit qu'au moment de l'explication, il était occupé à autre chose.
Je le lui rappelle pour avoir vu moi-même le film.
Je lui parle aussi du travail que j'effectue à son sujet.
Il parle encore de son incroyance en Dieu, je le raccompagne en automobile à son travail et lui demande de bien vouloir, s'il le peut, me prévenir par téléphone lors de sa prochaine visite.
J' apprends par l'interne Melle S... (qui connaît un peu M. SC...) qu'il serait venu un samedi du début du mois d'octobre, sans prévenir.

Ne m'ayant pas trouvé, il est allé la voir.

L'impression de Melle S... est que M. SC... risque de rechuter. Dit également qu'il lui aurait parlé de schizophrénie...

Quelques jours plus tard, le Dr P... me fait passer une lettre datée du 18.10.72, lettre que M. SC... lui a adressée.

M. SC... y fait mention d'un état désespérant, d'impossibilité de visite à l'hôpital pour des raisons financières et enfin demande au Dr P... de venir le joindre.

Il y a déjà répondu en disant à M. SC... qu'il ne peut lui rendre visite et en lui donnant l'adresse d'un de ses confrères locaux.

Je décide avec l'accord du Dr P... de me rendre à la ville C... où réside M. SC...

Il m'explique qu'il n'a plus de travail depuis quinze jours (désaccord et dispute avec un supérieur) et qu'il souhaiterait changer de branche d'activité, trouver un travail mieux adapté à ses problèmes. Mais actuellement le problème le plus urgent est celui de l'argent. Nous allons déjeûner. Pendant le repas, il m'explique que ses lectures ont changé. Il lit un livre d'anglais, une revue sur la naissance, l'accouchement et les origines de la vie, un livre sur la sexualité et un livre d'orientation professionnelle.

Après le repas, me demande à être réhospitalisé pendant quelques semaines dans le service du Dr P..., cela lui permettra de faire le point et de pouvoir ensuite changer d'activité.

Je lui dis que le Dr P... et moi-même n'avionspas prévu les choses comme cela, que nous pensions qu'il y avait là un risque de régression.

Il insiste en disant qu'il ne s'agit pas d'une régression, mais d'une hospitalisation courte, pour pouvoir s'en sortir.

...

Je lui dis alors que je ne comprends pas très bien le sens de la tre adressée au Dr P... où il explicite qu'il ne peut le joindre pour raisons financières et j'ajoute que j'ai l'impression qu'il se tape tête contre les murs sans voir qu'il y a des portes qui permettent de traverser.

J'accepte cependant de reparler de son problème au Dr P... si lui-e vient aussi lui faire sa demande d'hospitalisation. Il accepte.

Après un nouvel échange de lettre, M. SC... rencontre le 3 novembre Dr P..., je participe à l'entretien. Il formule sa demande, celle-ci acceptée dans les conditions précises qu'il a lui-même déterminées. rs que je termine ce travail, M. SC... lui, cherche une place où il sse vivre et témoigner ici et maintenant de sa vérité, qui n'est plus cependant,qui reste celle de la folie.

...

- CONCLUSIONS -

Une thérapie des problèmes narcissiques, c'est-à-dire une possibilité, ouverte pour et par l'individu, d'accéder au registre d'une unité d'être, est pensable.

Celle-ci implique que le collectif soignant et, d'une manière plus générale, tout groupe "institutionnel", puisse fonctionner au niveau de ce qui sépare et de ce qui unit, permettant ainsi une approche concrètement dialectique.

Ainsi peuvent être vécues, mentalisées et assumées des positions manichéennes telles que :

Prosélitisme-clivage, gratifications-frustrations, normal-pathologique, aliénant-aliéné, productif-improductif, agi thérapeutique-passage à l'acte, actif-passif, répressif-permissif...

Cet abord débouche sur une pathogénicité d'origine humaine et renvoit à l'homme aux registres affectifs et socio-culturels.

L'homme social actuel persiste à fabriquer des aliénés, des aliénants, des normaux, des pathologiques, des bleus et des rouges, des bons et des méchants liés étroitement par l'unipolarité de leurs origines et par leurs oppositions réciproques.

La solution à l'échelle individuelle et collective paraît être entre deux voies qui s'opposent ou se confondent et dont l'aliéniste vit la contradiction permanente, une troisième voie :

La tripolarité qui, pour être sans cesse à découvrir et à remettre

...

en question, permet qu'il soit question d'un sens en un lieu où soignants et soignés puissent se rencontrer.

Cette affaire-là dépasse le fou et son spécialiste, faute de quoi elle est stérile, voire dangereuse.

Elle concerne l'homme, son information, sa participation, son choix, puisqu'il est question du désir, de notre désir.

Elle concerne l'homme, sa vie sociale, culturelle, politique, puisqu'il est question du pouvoir, de la loi, de notre loi.

Le Président de la Thèse :
(Nom et Signature)

, le Directeur de l'U. E. R. GRANGE-BLANCHE,

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 06 NOV. 1972

D. GERMAIN

Le Président de l'Université Claude BERNARD,
Pour le Président, le Premier Vice-Président
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,

R. TOURAINE

B I B L I O G R A P H I E

ADLER A. Le tempérament nerveux . P.B.P.

ALEXANDER Médecine Psycho-somatique. P.B.P.

ANTIPSYCHIATRIE - LA NEF - No 42 - Librairie Taillandier

BALINT M. Le médecin son malade et la maladie . P.B.P.

BASAGLIA F. L'Institution en Négation - Seuil

BERGERET J. Les états limites. R.F.P. 4 - Tome XXXIV - Juillet 1970

COLISSON Sens de la folie et pulsion de mort - Thèse 1972 -Besancon

COSNIER J. Investissements Narcissiques et objectaux.R.F.P. 4 - Tome XXXIV Juillet 1970 -

DELTEIL P. La relation d'objet psychotique
L'évolution psychiatrique - Année 1961 - Tome XXV
Fascicule III - Juillet Septembre

DIATKINE R. Agressivité et fantasmes d'Agression -R.F.P. XXVème Congrès des Psychanalystes de langues romanes - Tome XXX 1966 Numéro spécial -

DOLTO F. Psychanalyse et pédiatrie - Librairie Bonnier-Lespiaut.

DUBOR P. Agressivité - Contrainte - Structuration du Moi - Conférence » 3.5.1972 Lyon -

DUBOR P. Dissociation de l'économie et du sens chez le psychotique : Utilisation du réel dans l'agir. Colloque sur les Psychoses R.F.P. 5.6 -Tome XXXV Septembre Décembre 1971

.../...

ERASME. L'Éloge de la Folie - A l'enseigne du Pot cassé.

EVRARD P.F La Psychiatrie instituée - Thèse Lyon 1972

EY H. Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique - Symposium sur les états dépressifs. L'évolution psychiatrique Année 1955 - Fascicule III - Juillet - Septembre.

EY H. Le problème de la psychogènèse des névroses et des psychoses. Journées de Bonneval avec BONNAFE L., FOLLIN S., LACAN J., ROUART J.,
Desclée de Brouwer et Co - Paris 1950

FORNARI F. La psychanalyse de la guerre.
R.F.P. XXV Congrès des psychanalystes de langues romanes - Tome XXX 1966.

FOUCAULT M. Histoire de la folie - 10/18 -

FREUD S. Cinq psychanalyses .P.U.F.

FREUD S. Métapsychologie - Idées N.R.F.

FREUD S. Essais de psychanalyse - P.U.F.

FREUD S. Inhibition - Symptômes et angoisse q P.U.F.

FREUD S. Malaise dans la civilisation P.U.F.

FREUD S. Abrégé de Psychanalyse P.U.F.

GABEL J. Sociologie de l'aliénation P.U.F.

GELET E. Le psychiatre à l'asile à propos de son angoisse avec le fou - Thèse - Lyon 1972

.../...

GILLET M. Groupe de travail sur l'institution 1971-1972.

GREEN A. Obsession et psycho-névrose obsessionnelle - E.M.C. 5 1965 37.370 A 10

GREEN A. Répétition -Différence - Replication R.F.P. 3 Tome XXXIV -Mai 70

GRUNBERGER B. Le Narcissisme - Payot.

GUYOTAT J. Professeur Agrége -Aspects du Narcissisme dans les psychoses - Conférence Juin1969 -Evolution psychiatrique.

GUYOTAT J. Essai d'interprétation de l'action psychodynamique de l'anafranil Application à la thérapeutique de certains névroses et psychoses. L. Geigy.

GUYOTAT J. Les Schizophrénies - Revue : Les monographies médicales et et scientifiques - No 108

GUYOTAT J. Psychiatrie - Anti-psychiatrie -Chronique sociale de France.

HOLLANDE C. Introduction au colloque - Répétition et Instinct de Mort R.F.P. 3 Tome XXXIV - Mai 1970

(l') HOMME ET LA SOCIETE - Revue numéro 4 - Anthropos P.U.F.

JANET P. Les obsessions et la Psychathénie - Tomes I et II - ALCAN 1903

KLEIN M. A contribution to the psychogénésis of maniaco dépressive states PP 282-310 - In contribution to psycho-analysis.

KLEIN M. et Joan RIVIERE - L'amour et la haine. P.B.P.

KLEIN M. Envie et gratitude -Gallimard

LABORIT H. L'agressivité détournée 10/18

LACAN J. Ecrits - Seuil

LEBOVICI S. et DIATKNER - L'agression est-elle un concept métapsychologique? R.F.P. 1 tome XXXVI -Janvier 1972

.../...

LEBOVICI S. Contribution psychanalytique à la compréhension et au traitement de la mélancolie.
Symposium sur les états dépressifs -
L'évolution psychiatrique -Année 1955 -FasciculeIII-Juillet Septembre

LECLAIRE S. La mort dans la vie de l'obsédé. La psychanalyse -2- Mélanges cliniques P.U.F.

LECLAIRE S. Les effets de la psychanalyse -Conférence - le 19.5.71 lyon

LEFEVRE H. Le matérialisme historique.

LOURAU R. L'analyse Institutionnelle - Les éditions de Minuit.

MALLET J La dépression névrotique - Symposium sur les états dépressifs
L'évolution psychiatrique -Année 1955 -Fascicule III -Juillet Septembre

MARX K. La question Juive - 10/18

MASTERSON J.F. Diagnostic et thérapeutique du syndrome «Borderline» chez les adolescents - Confrontations psychiatriques -No7 1971

MIROUZE R. Névroses «actuelles» E.M.C. 5 1967 - 37.330 - A 10

MITSCHERLICH A. L'idée de paix et l'agressivité humaine -Idées N.R.F.

PELICIER Y Histoire de la Psychiatrie - Que sais-je ? P.U.F.

RACAMIER P.C. Le psychanalyste sans divan. Payot Paris

ROUART J. Dépression et problème de psychopathologie générale -
L'évolution psychiatrique - Année 1955 -Fascule II -
Avril - Juin

SCHWEICH M. A propos de la psychothérapie à caractère psychanalytique des Schizophrènes -L'évolution psychiatrique - Année 1955 -Fascicule II - Avril - Juin.

.../...

SECHEHAYE M Journal d'un schizophrène P.U.F.

SECHEHAYE M. Introduction à une psychothérapie de Schizophrènes - P.U.F.

STORR A. L'agressivité nécessaire - Robert Laffont.

THOURET D. Approche épistémologique d'une institution -Thèse Lyon 1971

VASSE D. Le temps du désir - Seuil

VASSE D. La présence réelle : effet d'une parole dans le lieu de la Mort- Extrait de volume - Mort et Présence. Cahier «Lumen Vitae» de Psychologie religieuse. V 1971

WOODBURY M.A. L'équipe thérapeutique - L'information psychiatrique 1955

---***---